JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX.

JOURNAL

DE MÉDECINE

DE BORDEAUX,

Publié par

MM. **BARBET**, Professeur de Pharmacie et de Toxicologie; **BITOT**, Professeur d'Anatomie et de Physiologie; **BORCHARD**, Médecin aux rapports près les Tribunaux, Médecin-Adjoint de l'hôpital Saint-André; **COSTES**, Professeur de Pathologie externe et de Médecine opératoire; **GINTRAC**, Professeur de Clinique interne et Directeur de l'École de Médecine; Henri **GINTRAC**, Professeur-adjoint de Clinique interne, Médecin des épidémies; **JEANNEL**, Pharmacien principal à l'Hôpital militaire, Professeur de Matière médicale et de Thérapeutique; **ORÉ**, Professeur-adjoint d'Anatomie et de Physiologie; **ROUSSET**, Professeur d'Accouchements et de Maladies des femmes et des enfants, et de Clinique obstétricale; **VENOT**, Chirurgien en chef de l'hospice Saint-Jean (Vénériens), Professeur libre de Clinique syphilographique.

Rédacteur en Chef : M. COSTES.

DEUXIÈME SÉRIE. — 4me ANNÉE.

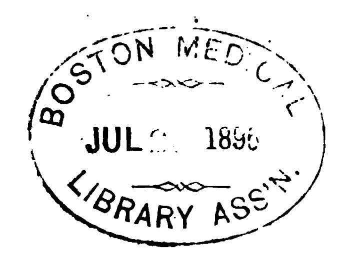
BORDEAUX

G. GOUNOUILHOU, IMPRIMEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE,

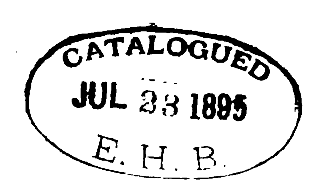
PLACE PUY-PAULIN, 1.

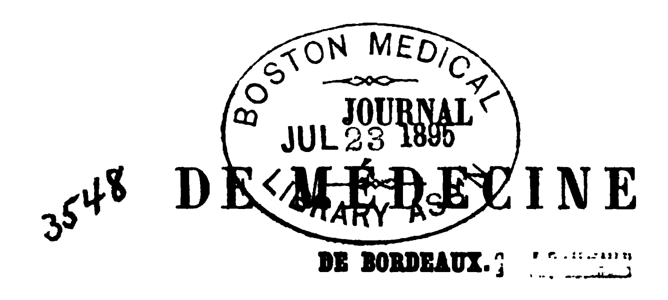
—

1859


BOSTON MEDICAL
JUL 1896
LIBRARY ASS'N.




CATALOGUED
JUL 23 1895
E. H. B.



JOURNAL DE MÉDECINE

DE BORDEAUX.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE

à propos d'un cas de décollement traumatique de l'épiphyse supérieure de l'humérus chez un enfant naissant;

par le Dr BITOT, professeur à l'École de Médecine, chirurgien des Hospices de Bordeaux.

L'histoire des décollements traumatiques des épiphyses a été très-négligée. Cela me paraît du moins incontestable pour l'épiphyse supérieure de l'humérus, que j'aurai principalement en vue dans ce qui va suivre. Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup-d'œil sur les ouvrages les plus répandus et les plus estimés. On y trouve à peine quelques mots sur ce genre de lésions. De là, sans doute, pour bon nombre de praticiens, incapacité de sauvegarder parfois leurs propres intérêts et ceux de l'humanité. Cependant, à diverses époques, des savants recommandables ont fait de cette question l'objet de leurs études; pourquoi donc les auteurs classiques n'en ont-ils pas tenu plus de compte?

La routine, elle est si puissante! serait-elle pour quelque chose dans cette anomalie scientifique? ou bien faudrait-il en accuser la pénurie de faits bien observés et l'analogie que présentent avec des maladies osseuses très-communes et très-connues les solutions de continuité dont il s'agit? Comme ce dernier motif n'est pas scientifiquement acceptable et que la routine n'en est pas un, il faut bien croire au premier, et dès-lors la publication d'une observation suffisamment detaillée doit trouver un jour son utilité. Je la ferai suivre de quelques considérations.

Le 3 octobre 1857, on apporta à la crèche de l'Hospice des Enfants-Trouvés un enfant du sexe féminin, Marie-Louise, née le 27 du mois précédent, d'une constitution faible; elle pesait 3,200 gr.

Des renseignements pris sur les antécédents de cette enfant, il résulte que sa mère, très-impressionnable, a fait, au septième mois de sa grossesse, une chute sur le siége en descendant un escalier. Le père, âgé de trente-trois ans, a, depuis l'âge de quinze ans, des douleurs articulaires qui le condamnent au repos pendant des mois entiers. Dès le second jour de la naisssance, la sage-femme a constaté sur l'enfant quelques bulles de pemphygus. Elle prétend d'ailleurs que l'accouchement a été naturel.

Le 5 octobre, l'enfant est admise à l'infirmerie, et on constate sur elle l'état suivant :

Les paupières sont œdématiées, et il s'en écoule un pus mal lié; les globes oculaires ne peuvent être aperçus. Sur les jambes existent quelques macules rouges, elliptiques, ne disparaissant pas par la pression. Au

niveau des malléoles internes, on voit des bulles reposant sur un fond rouge. Le cordon est tombé, et la cicatrice ombilicale n'existe pas. On s'aperçoit que l'enfant ne remue pas le membre supérieur droit et qu'il pousse des cris quand on lui imprime des mouvements. Ces mouvements sont très-faciles. L'épaule n'est pas déformée; en l'embrassant avec les doigts de la main gauche, pendant qu'avec l'autre on fait exécuter au bras des mouvements rapides, on sent dans l'articulation scapulo-humérale un bruit, un froissement qu'il serait difficile de décrire. En portant le bras dans l'abduction, on voit une ecchymose au creux axillaire. L'enfant est mis au biberon.

Le soir, l'épaule droite est tuméfiée, très-arrondie, sans chaleur anormale, dure. Les mouvements du bras ne déterminent plus de froissement dans l'articulation; ils sont douloureux; le bras retombe de lui-même quand on ne le soutient pas. Il paraît aussi long que l'autre. En les rapprochant tous les deux du thorax, le pli du coude se trouve, des deux côtés, au niveau du mamelon; mais le bras malade est moins volumineux que l'autre, tout le membre est légèrement porté dans la rotation en dehors. Je recommande à la nourrice de lui faire subir le moins de mouvements possible.

Le 7, l'épiderme des bulles affaissées est enlevé et met à nu le derme rouge vif et indolore. Des papules rouges se sont montrées sur les mains. Les yeux sont bien, la langue est rouge et humide; la bouche est chaude. Abdomen indolore; cicatrisation ombilicale achevée; pas de vomissements; selles verdâtres; pas d'érythème anal.

Le 8, l'ecchymose du creux axilliaire a diminué; quelques points de muguet apparaissent sur la langue.

Le 9, l'enfant remue un peu le membre malade; le muguet augmente. Les jours suivants, le ventre se ballonne; l'enfant refuse toute boisson; il meurt le 15 octobre. M. Sous, interne du service, a fait la nécropsie. Dans le lobe inférieur de chaque poumon, il a trouvé les noyaux plastiques décrits par M. Depaul. Il n'a conservé que les humérus. Je les ai comparés avec attention, et voici ce que j'ai noté :

En prenant pour points limites la partie la plus déclive de la poulie et la partie la plus élevée de la tête, l'humérus malade a un centimètre de moins en longueur que l'autre, celui-ci a huit centimètres.

L'extrémité supérieure du premier est beaucoup plus volumineuse que celle du second. La tête et les deux tubérosités sont très-distinctes; elles sont embrassées à leur base par un bourrelet solide, très-saillant. L'épiphyse est mobile; les mouvements qu'on peut lui faire exécuter sont manifestes; rien de semblable n'a lieu sur l'humérus sain. Elle est unie au bourrelet par du tissu fibreux constituant une espèce de ligament circulaire. En divisant le moyen d'union à peu près dans toute son étendue et renversant l'extrémité, on remarque sur cette extrémité une petite excavation à surface lisse, uniforme, véritable cavité cotyloïde, creusée dans le milieu de l'épiphyse au point de convergence des trois saillies; du côté de la diaphyse, une éminence constituée par la partie supérieure des corps de l'os, éminence qui s'harmonise parfaitement avec l'excavation déjà décrite. En promenant légèrement le tranchant d'un scalpel sur sa surface, j'enlève comme des parcel-

les de membrane rudimentaire. Je ne puis obtenir le même résultat dans la cavité. Cette saillie occupe l'axe du bourrelet, espèce de plateau avec lequel l'épiphyse était unie par du tissu fibreux.

Ce bourrelet est une sorte d'anneau de consistance différente dans ses parties externes et internes. Dans ses parties internes, c'est-à-dire tout autour du col ou base de la saillie, la pointe du scalpel enlève comme des portions de détritus fibrineux logés dans une véritable rigole circulaire. Les parties externes de cet anneau ont une consistance et une cohésion plus grandes; elles ne s'enlèvent pas par parcelles; quand on y enfonce la pointe d'un scalpel, on entend un bruit particulier comme si on pénétrait dans la substance spongieuse des os.

La virole est inamovible, et par conséquent continue à la diaphyse; elle est interrompue au niveau de la coulisse bicipitale, et représente en réalité, quand on l'examine par sa région supérieure, plutôt un trigone qu'un cercle. La coulisse bicipitale est plus large, à fond plus inégal que celle du côté sain; elle est flexueuse en dehors et en haut au niveau du trochiter et du trochin. Ces deux tubérosités ne sont pas à leur place normale; de même que la tête, elles ont subi un mouvement de rotation en dehors, de façon que le trochin est situé sur le point que devrait occuper le trochiter. Les deux têtes humérales ont même volume. Une section médiane et verticale de l'os démontre la non existence d'une fracture du col chirurgical; la délimitation est très-nette entre la virole et la diaphyse.

Le décollement de l'épiphyse supérieure de l'humé-

rus sain permet de constater une cavité et une saillie analogues à la cavité et à la saillie déjà décrites; mais dans la cavité, on aperçoit des parcelles osseuses très-adhérentes au tissu cartilagineux; le grattage n'enlève aucun vestige de membrane sur la saillie osseuse.

J'aurais pu rapporter en moins de mots l'observation qui précède; me contenter, par exemple, des caractères anatomo-pathologiques; mais l'histoire des décollements épiphysaires, et surtout celle de l'extrémité supérieure de l'humérus, est trop incomplète pour que tout ce que j'ai dit ne puisse être justifié. Du reste, comme la prétendue rareté de cette lésion est peut-être encore plus l'expression de notre inadvertance que de la vérité, je me permettrai d'ajouter quelques considérations dans le seul but de faire comprendre l'intérêt qui se rattache à cette question.

Il ne m'a pas été possible d'obtenir des renseignements précis sur la marche du travail et la manière dont l'accouchement s'est effectué; mais il est plus que probable que lá divulsion épiphysaire aura été causée par une manœuvre de la sage-femme. L'ecchymose du creux axillaire, les qualités du cal et la série des phénomènes que l'enfant a présentés, ne permettent pas de douter de la date récente du mal. Or, la solution de continuité a dû se faire par l'un des mécanismes suivants : ou l'enfant n'aura présenté que le bras à la vulve, et on aura exercé sur lui des tractions trop violentes; ou, le bras se présentant, la sage-femme aura été chercher les pieds, les aura entraînés, et le décollement sera arrivé à cause des difficultés que le bras aura rencon-

trées pour remonter dans la cavité utérine; ou bien, enfin, que l'enfant se soit présenté par les pieds ou par la tête, on se sera trop hâté de dégager l'épaule en faisant exécuter ce qu'on appelle le mouvement de bascule du bras. En d'autres termes, la lésion est due ou à des tractions directes sur le bras, ou à la migration ascensionnelle du bras quand on a tiré sur les pieds, ou au mouvement dit de bascule. La présence d'une ecchymose dans le creux axillaire me semblerait prouver ce dernier mécanisme.

Parmi les symptômes constatés dès l'entrée de la malade, il en est un, le bruit de crépitation, qui n'existait plus vingt-quatre heures après. Ce bruit, qui a été extrêmement léger, ne serait donc que de courte durée, et pourrait peut-être s'expliquer par le frottement des parcelles osseuses restées adhérentes à l'épiphyse, contre l'extrémité de la diaphyse. Les décollements que j'ai produits sur l'humérus sain du cadavre et sur d'autres, me portent à penser, en effet, que cette lésion doit s'accompagner presque nécessairement d'une légère solution de continuité dans les parties les plus superficielles de l'os.

A la naissance, est-il possible de confondre le décollement de l'épiphyse supérieure de l'humérus avec une luxation ou une fracture? Avec une luxation, ce n'est pas admissible, sauf des circonstances tout à fait exceptionnelles, dont il est permis de ne pas tenir compte. Le déplacement articulaire n'a pas de raison d'être; il est anatomiquement impossible, puisque le périoste est beaucoup moins résistant que la capsule fibreuse. Ce fait, établi pour la première fois par Morgagni, peut

avoir été oublié; mais il n'a été contesté par personne, et je ne sache pas qu'il ait été infirmé par l'observation clinique. En cas de doute, il faudra donc songer à une lésion osseuse, à une fracture; si celle-ci est complète, et que le périoste soit en même temps déchiré, elle s'accompagnera de ses phénomènes ordinaires, qui rendront la vérité évidente; mais il n'en sera pas de même si le périoste est conservé, si la fracture est incomplète, circonstances dont l'expérimentation cadavérique constate la fréquence. Le diagnostic ne devra être porté alors qu'avec circonspection. Du reste, toutes les fois qu'il s'agira d'établir le diagnostic différentiel d'un décollement épiphysaire, on ne devra pas oublier, entre autres choses, qu'en général l'épiphyse n'occupe que les deux tiers de l'extrémité osseuse.

Il est bien entendu que, dans ce qui précède, je n'ai eu en vue que la luxation traumatique et non la luxation congéniale, et qu'à propos de fractures, il ne pouvait s'agir que de celles du col chirurgical. Or, malgré ces données de la science, le praticien, oubliant l'utilité de l'anatomie et de l'expérimentation, et trop enclin, sans doute, à prendre pour type ce qui se passe chez l'adulte, tombe dans des erreurs doublement regrettables, parce qu'elles conduisent à un traitement irrationnel, et parce qu'elles peuvent porter un coup aussi injuste que grave à la responsabilité médicale. Je n'exagère pas. Breschet présente à l'Académie royale de Médecine de Paris (séance du 1er avril 1834), un malade atteint d'une double luxation congéniale du fémur. Capuron demande si ce prétendu déplacement congénital ne serait pas plutôt le résultat d'un accouchement

forcé, l'enfant se présentant par les fesses. H. Cloquet, Velpeau, Moreau, souscrivent à cette assertion. Breschet, sans l'accepter absolument, la tient pour fort judicieuse. Qui donc a prouvé qu'en tirant un enfant par les fesses, on peut produire une luxation du fémur? Inutile d'insister sur les fâcheuses conséquences que des erreurs semblables peuvent avoir en médecine légale. Rognetta avait déjà fait cette réflexion. Sans complications, cette solution de continuité ne peut pas compromettre la vie de l'enfant, mais elle peut porter une atteinte grave aux usages du membre, les annihiler même en causant son atrophie. Louise-Marie n'a vécu que 12 jours, et déjà l'humérus avait subi une diminution notable dans son volume. Il est plus court que l'autre d'un centimètre. Il est à remarquer que ce raccourcissement n'avait pas été appréciable sur le vivant, et cependant je l'avais recherché avec soin. Cela tient, sans doute, à l'inertie des muscles de l'épaule. Ce raccourcissement si notable et si rapidement effectué vient certainement de l'annihilation du rôle que la cloison cartilagineuse joue dans le développement de la diaphyse. A mon avis, cette circonstance suffirait pour imprimer au pronostic de certaines divulsions épiphysaires, un caractère spécial de gravité, et ce n'est pas un des moindres motifs pour déterminer les pathologistes à distinguer leur histoire de celle des fractures.

L'anatomo-pathologie des décollements épiphysaires doit présenter la plus grande analogie avec celle des fractures, puisque la nature des organes lésés est à peu près la même. Sauf les circonstances dépendant du canal médullaire, la soudure des parties divisées doit

suivre une marche et présenter des phénomènes semblables. Reconnaissons pourtant qu'il faut se tenir en garde contre le raisonnement seul, et en appeler à la constatation rigoureuse des faits. La science est en droit de l'exiger. Or, pour l'anatomie pathologique des décollements épiphysaires, on est loin d'avoir satisfait à ce droit; j'ose dire qu'elle est toute à faire. Cela est vrai, au moins, pour l'extrémité supérieure de l'humérus; car les quelques faits dont on s'est servi à cet égard sont fort discutables. Je fais allusion aux exemples de Reichel. On ne me saura donc pas mauvais gré d'avoir décrit avec détails et reproduit par le dessin la pièce pathologique. Sur cette pièce, il est manifeste que le périoste, décollé dans une grande étendue, a fait tous les frais du cal, qui est très-volumineux, bien que l'enfant n'ait vécu que 12 jours.

Dans le décollement épiphysaire comme dans la fracture, les fragments sont susceptibles de divers déplacements, suivant la longueur, l'épaisseur, la direction, la circonférence. Incontestablement, c'est ce dernier qui, pour l'extrémité supérieure de l'humérus, surviendra le plus fréquemment. Notre pièce en offre un exemple. Enfin, plus que dans les fractures peut-être, on doit craindre la pseudarthrose, parce que le médecin, ignorant souvent la véritable nature du mal, n'aura rien fait pour la prévenir. Chez notre malade, nous ne nous en sommes pas préoccupés, parce que nous nous attendions à le voir succomber sous peu aux accidents syphilitiques. Mais on peut se demander si la mobilité de l'épiphyse et les rudiments membraneux dont sa cavité était tapissée, ne sont pas un indice de cette

complication. Il est donc de la plus haute importance de ne pas méconnaître les divulsions épiphysaires, afin de prévenir, par des mesures convenables, toutes les fâcheuses complications que, dans ce cas comme dans tant d'autres, l'erreur ne manque pas de faire naître.

Puisqu'il en est ainsi, pourquoi donc les auteurs de pathologie externe, pourquoi les auteurs d'obstétrique et des maladies de l'enfance, ne consacrent-ils pas quelques lignes à l'histoire de cette lésion. Serait-ce faute d'observations? — Je me suis livré à quelques recherches, et, soit dit par anticipation, si les faits ne font pas absolument défaut, ils sont loin de présenter l'exactitude, les garanties exigées par la science. Mais enfin le passé n'est pas tellement pauvre sur ce point, qu'on puisse le rendre responsable du silence que je signale dans les auteurs destinés à servir de guide aux praticiens.

On trouve :

En 1759, la thèse de Reichel (*De Épiphysium ab ossium Diaphysi diductione.* Lipsiæ *dam Saudifort (thesaurus dissertationum),* vol. I, p. 1.)

En 1822, une dissertation sur la disjonction des épiphyses, par M. Jean-Noël Roux, de Narbonne, tribut académique soutenu à la Faculté de Médecine de Montpellier, pour obtenir le titre de docteur en médecine.

En 1834, le Mémoire de Rognetta sur la divulsion traumatique des épiphyses (*Gazette médicale de Paris,* 1834).

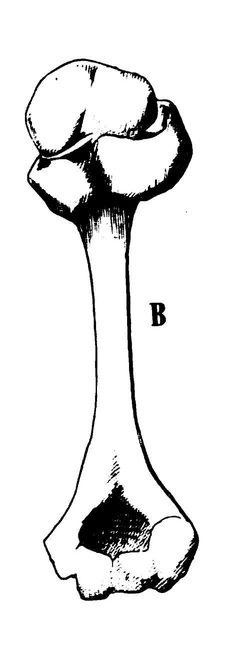
En 1837, les recherches de M. Guéretin sur le décollement spontané et traumatique des épiphyses (*Presse médicale,* t. I, n°s 37, 38, 39).

En 1844, un travail de M. Salmon : « Note pour servir à l'histoire anatomo-pathologique des décollements épiphysaires, des fractures et des courbures des os dans le jeune âge. » (Dans la *Clinique des Hôpitaux des Enfants,* journal publié par le Dr Vanier, du Havre; IIIe année, 1844.)

J'ai lu ces travaux avec attention; ils sont dignes d'être connus, à des titres différents. Dans sa thèse, assez mal intitulée, puisqu'elle traite autant, si ce n'est plus, de l'histoire anatomique des épiphyses que de celle de leur décollement, Reichel base sur la théorie plutôt que sur l'observation ce qu'il dit de cette lésion. Les quatre faits qu'il cite, relatifs deux à l'humérus et deux au fémur, laissent, en effet, beaucoup à désirer, et, malgré mon respect pour l'illustre Ludwig, le maître et le conseiller de Reichel, je ne puis m'empêcher de mettre en doute la justesse de l'application qu'il en a faite. Dans les détails que l'auteur a fournis, je vois plutôt une fracture qu'un décollement. Pour inspirer toute sécurité, l'auteur aurait dû noter les dimensions des os, l'âge des sujets. Nonobstant ces imperfections, Reichel aura toujours le mérite, et c'était le but qu'il voulait atteindre, d'avoir fixé l'attention sur un sujet auquel personne, jusqu'à lui, n'avait accordé l'importance qui lui revient.

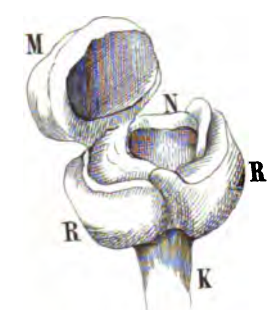
De la thèse de Reichel au mémoire de Rognetta, c'est-à-dire de 1759 à 1834, je ne sache pas qu'aucun écrivain autre que M. Roux, de Narbonne, se soit occupé de cette question. La thèse de M. Roux contient deux observations d'autant plus précieuses, que la gravité des cas ayant nécessité l'amputation, on a pu les com-


A


B


A'


M
H


M
N
R
R
K


T

pléter par l'autopsie. Ces deux observations sont relatives, l'une aux coudyles du fémur (garçon de 11 ans), l'autre à l'épiphyse inférieure du radius, à l'épiphyse styloïde du cubitus, à l'épiphyse supérieure des premières phalanges du pouce, de l'index et du médius de la main gauche (jeune homme de 17 ans). Rognetta et Guéretin n'ont pas connu cette thèse. Rognetta a fait de nombreuses recherches, a réuni tout ce qu'il a trouvé d'afférent aux épiphyses, et en a tracé l'histoire au double point de vue de l'anatomie et de la pathologie.

L'anatomie des épiphyses étant parfaitement connue depuis longtemps, on s'explique difficilement l'oubli dans lequel ont été laissées les maladies qui peuvent les atteindre. Il faut certainement que ces maladies soient bien rares, ou qu'elles soient très-faciles à confondre avec d'autres. Peut-être cela tient-il en partie à ce que l'on n'a pas eu recours, pour lever la difficulté, à l'un de nos bons instruments de connaissances en matière chirurgicale; j'entends l'expérimentation cadavérique. Personne n'ignore aujourd'hui les services qu'a rendus ce mode de procéder, principalement à l'histoire des luxations et à celle des fractures. Il était donc naturel d'y recourir pour élucider la question des divulsions épiphysaires. C'est ce qu'ont entrepris, non sans quelque succès, MM. Guéretin et Salmon. Sur des cadavres pris depuis la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans, M. Guéretin a essayé de produire le décollement, soit en cherchant à luxer les os, soit en frappant violemment sur les articulations. Voici le résultat qu'il a obtenu; je copie :

1° Sujets de neuf mois : aucune luxation; fractures

dans différents points de la longueur de la diaphyse, trois fois sur quatre; décollements épiphysaires qu'on peut ranger pour la fréquence dans l'ordre suivant : poignets, coudes-pied, coudes, genoux, épaules et hanches.

2° Sujets de deux à sept ans : luxation une fois sur cinq; fractures de la diaphyse, le plus souvent à la distance de six à vingt lignes du point d'union, sept fois sur huit.

3° Sujets de sept à quatorze ans : luxations ou fractures à la distance de six à vingt-six lignes de l'épiphyse; pas un cas de décollement sur dix.

En résumé, le décollement épiphysaire a eu lieu, une fois sur quatre, chez un enfant de neuf mois; il est devenu progressivement très-rare, lorsque le cadavre appartenait à un enfant plus âgé. Le reste du travail de M. Guéretin ne diffère pas au fond de celui de Rognetta.

M. Salmon a fait aussi des expériences sur un certain nombre de cadavres d'enfants de un jour à trois ans, pour rechercher la fréquence relative des décollements épiphysaires, des fractures et des courbures des os, et il est arrivé à cette conclusion : que la plus grande fréquence des décollements épiphysaires ne peut s'appliquer qu'aux enfants de *un jour à deux ou trois mois;* au-delà de cet âge, les fractures et les courbures forment les accidents habituels des causes traumatiques. Il faut remarquer cependant que cette proposition ne s'applique qu'aux extrémités cubitales des os du bras et de l'avant-bras. M. Salmon n'a rien tenté pour l'extrémité supérieure de l'humérus ni pour celle du fémur. C'est une lacune regrettable.

Il résulte évidemment pour moi, de la lecture de ces divers travaux, qu'il n'existe qu'un très-petit nombre de faits incontestables de divulsions épiphysaires; que la plupart de ceux qui ont été considérés comme tels peuvent recevoir une toute autre interprétation, et que l'expérimentation cadavérique, si propre à concourir à leur histoire, n'a été mise à profit que d'une manière insuffisante. L'étude de cette lésion n'est donc qu'ébauchée; elle mérite l'attention des pathologistes.

Au demeurant, en me basant sur les résultats cadavériques obtenus par MM. Guéretin et Salmon, sur ceux que j'ai obtenus moi-même à l'hospice des Enfants-Trouvés, et sur la supériorité que présente la résistance de la capsule fibreuse comparée à celle du périoste, je considère comme certain; que pendant la vie intrà-utérine et pendant les trois premiers mois de la vie extrà-utérine, toute solution de continuité par cause traumatique siégeant sur une extrémité articulaire consistera nécessairement, ou en un décollement épiphysaire, ou bien en une fracture ou en une courbure de l'os, jamais en une luxation. — La luxation traumatique est impossible chez le fœtus et chez l'enfant naissant.

OBSERVATIONS DE CORYZA IDIOPATHIQUE DES NOUVEAUX-NÉS;

coryza syphilitique; pustules plates du nourrisson et de la nourrice,

par le Dr B. CHABRELY, médecin à La Bastide.

On sait que le coryza idiopathique chez les très-jeu-

nes enfants peut devenir mortel, parce qu'il les empêche de téter et de dormir lorsque l'enchifrènement est considérable. J'en ai traité plusieurs, à ce degré excessif d'intensité, durant le cours de ma longue pratique, et aucun d'eux n'a péri. Voici le procédé que j'ai employé pour la cure de cette affection. J'applique une large pièce de toile-Dieu sur la peau de la région frontale, de manière à la couvrir presque en entier jusqu'aux sourcils; sur la racine du nez, je place aussi un morceau du même emplâtre; le tout maintenu par un bonnet qui descende jusque près des yeux. Il s'écoule peu de temps avant que le nouveau-né puisse exécuter la succion mammaire et la déglutition du lait. Une semaine d'application de cette calotte suffit pour guérir les enchifrènements. Si l'on veut se rendre compte de l'obstacle que met ce genre de coryza à la déglutition, on n'a qu'à essayer de boire un verre d'eau en se serrant le nez exactement. Mais si le coryza était d'origine syphilitique, ce traitement, simple, local, ne pourrait suffire; il est presque toujours accompagné de tubercules muqueux au pourtour des lèvres, au menton, souvent même aux environs de l'anus.

C'est une question majeure de médecine légale, qui n'a pas encore reçu de solution, à savoir si les accidents secondaires syphilitiques chez le jeune enfant qui tète sont susceptibles d'être transmis à sa nourrice, par voie d'inoculation immédiate, sur le mamelon d'abord, et de là pouvant contaminer l'économie entière de cette même nourrice. Tous les ans, nous voyons les tribunaux accorder de fortes indemnités aux nourrices qu'on suppose avoir été infectées par leurs nourrissons, et cela

malgré la doctrine de Ricord, que je vais citer textuellement [1].

« Le chancre, a-t-on dit, n'est pas le seul accident syphilitique contagieux. Il est des accidents syphilitiques secondaires pour lesquels la lancette n'a pas su trouver le *contagium*. La science renferme, en effet, une foule d'observations qui paraissent concluantes pour un très-grand nombre de médecins, et qui laissent du doute dans l'esprit de beaucoup d'autres. Les papules muqueuses (pustules plates humides, tubercules plats, plaques muqueuses), sont considérées par un grand nombre de syphilographes comme contagieuses, et pouvant par conséquent se transmettre. Lorsque j'ai étudié cet accident par voie d'inoculation, en tenant compte de toutes les circonstances qui pouvaient empêcher l'erreur, l'expérience a toujours été négative. Cependant, d'autres observateurs ont obtenu des résultats contraires. »

M. Ricord est convaincu, jusqu'à preuve du contraire, que, lorsqu'on a cru voir des *tubercules* muqueux, « contagieux; lorsqu'on a admis qu'ils pouvaient être primitifs, on a dû faire une erreur de diagnostic...

» Le chancre, à *la période de réparation*, prend souvent en bourgeonnant l'aspect des plaques muqueuses; il peut même subir quelquefois une véritable métamorphose, et devenir, *in situ*, un accident secondaire dont la physionomie et la nature sont celles des plaques muqueuses. Si l'on n'a pas été témoin de son début, si on néglige d'invoquer le témoignage des ganglions voisins,

[1] 14e Lettre de Ricord *sur la Syphilis*.

les débris de la marge de l'ulcération, les caractères de sa base peuvent avoir été tellement modifiés, que le diagnostic différentiel soit très-difficile. Ajoutez à cela certains siéges particuliers où les accidents ne s'observent pas d'habitude, où aussi la transformation du chancre est plus facile, plus rapide, comme aux lèvres, à la langue, aux mamelons, et vous verrez combien il est facile de se tromper.

» La nourrice, au moment où elle prend un nourrisson, peut être sous l'influence d'une diathèse syphilitique que rien n'indique encore. Je dois dire, qu'en général, quand on prend une nourrice, on ne la soumet pas à un examen assez complet, assez absolu. J'ajoute même que cela fût-il fait, on pourrait encore se tromper, car la diathèse peut exister quand toute trace d'accident primitif ou successif a disparu, surtout quand il s'agit de chancre au col de l'utérus. Je dois ajouter encore que la santé du père nourricier n'est pas toujours, hélas! une garantie suffisante... Le nourrisson peut naître avec une syphilis héréditaire : nourrice et nourrisson n'ont rien d'apparent; mais dans quelques semaines ou quelques mois, on va voir se manifester des accidents secondaires. Ceux-ci peuvent apparaître chez un nourrisson avant, pendant ou après qu'une manifestation semblable s'observe chez la nourrice. De telle façon que le premier chez lequel la manifestation aura lieu, accusera l'autre, s'ils ne s'accusent pas tous les deux à la fois, ce qui arrive fréquemment. Ils ont tort l'un et l'autre; il y a simultanéité, coïncidence; et, avec de l'attention et de la patience, on parvient à découvrir la vérité.

» La nourrice peut contracter la syphilis pendant l'allaitement, et la contagion peut s'opérer chez elle par diverses régions. — D'abord sur les parties, et de là aux mamelles si les doigts sont souillés; par succion d'un individu autre que le nourrisson, porteur de chancres aux lèvres; par une sorte de coït intra-mammaire, etc. L'enfant peut contracter des chancres au passage, en naissant, et infecter sa nourrice, qui n'est, bien entendu, pas sa mère; l'enfant peut être contaminé par des personnes étrangères qui le touchent, l'embrassent, et infecter ensuite la nourrice elle-même. Les accidents secondaires chez les enfants arrivent très-vite et masquent ainsi les primitifs. »

La question, on le voit, est très-complexe; elle intéresse à un haut degré les médecins et le monde entier. J'ai par devers moi cinq observations que je vais rapporter pour jeter quelque lueur sur ce problème si obscur encore.

Obs. I. — J'allai, en 1834, dans les premiers jours du mois de mai, chez Mme X..., surnommée Simonne, âgée de trente-six ans, demeurant alors à Cenon-La-Bastide. Cette femme est nourrice; elle paraît fort inquiète, et me prie d'examiner ses seins : Je remarque des pustules plates, humides aux deux mamelons, dans leur auréole et au-delà même de la circonférence de ces cercles bruns.

Le nourrisson est l'enfant d'une fille entretenue de Bordeaux dont je connais les antécédents; il a eu, le premier, et les a encore, autour des lèvres et à l'anus, ou plutôt dans son voisinage, des pustules identiques à celles de la Simonne. Mon diagnostic ne fut pas dou-

teux, et je ne le dissimulai pas. On fit venir la mère de l'enfant, qui, connaissant l'origine du mal, n'accusa pas la nourrice ; elle l'indemnisa pour éviter le scandale : elle retira son enfant et l'allaita au biberon. J'ai su que cette personne avait eu, au préalable, d'autres enfants qui avaient succombé, très-jeunes, à une maladie analogue à celle que je venais d'observer sur ce dernier.

Je fis faire à la femme Simonne un traitement antisyphilitique complet ; elle guérit parfaitement, et n'a jamais eu d'accidents spécifiques depuis lors. Le mari de cette femme, bien qu'ayant eu des rapports intimes avec elle, n'a pas acquis la syphilis.

Obs. II. — Catherine Dublanc, femme R..., âgée aujourd'hui de trente-neuf ans, ayant sevré son propre enfant qui n'avait pas six mois, prit un nourrisson à la fin de l'année 1850, dont le père, ex-sous-officier, occupait une place chez un négociant de La Bastide. Pendant les premières semaines de l'allaitement, ce petit enfant ne présenta rien de particulier ; mais bientôt des pustules plates au pourtour de l'anus, aux environs de la bouche, à ses commissures surtout, et un coryza spécifique, se montrèrent successivement. La nourrice n'eut aucun soupçon ; les parents de l'enfant le firent traiter en cachette, et l'emportaient chez eux, de temps en temps, à cet effet. Le traitement n'eut aucun succès tout d'abord, et la nourrice ne tarda pas à avoir aux mamelons, à leur auréole et sur la peau des seins, des pustules en tout semblables à celles de son poupon. Cette femme, souffrante et très-inquiète, vint me consulter au commencement de l'année 1851, portant avec elle le petit auteur présumé de son mal. Je les examinai

tous les deux, et je fis comprendre à la nourrice la nature de leur maladie et le traitement auquel ils devraient être soumis. Les parents du petit contaminé ne nièrent pas la part qu'ils pouvaient avoir à tout cela. On s'offrit à payer les frais du traitement.—Je confesse un tort que j'eus dans cette circonstance : ému de pitié pour cet enfant, je dis à la nourrice que, puisqu'elle était déjà malade, elle pouvait continuer l'allaitement ; que le mal n'empirerait pas ; qu'il guérirait même par un traitement spécifique fait en commun avec son petit pensionnaire. Elle le nourrit neuf mois durant ; mais les pustules s'étant multipliées, ainsi que les douleurs aiguës qu'elle ressentait pendant les succions mammaires, elle fut forcée de suspendre, de cesser même tout à fait ce supplice si souvent réitéré, de sevrer l'enfant en un mot. Celui-ci, par un traitement *ad hoc,* s'est parfaitement remis ; il n'en a pas été de même de la femme R... Après avoir employé assez longtemps un traitement anti-syphilitique que je croyais complet, parce que les pustules avaient disparu, le mal reparut au bout d'un mois avec une nouvelle intensité. Je l'adressai alors à M. le D[r] Venot, qu'elle allait consulter au Dispensaire Saint-Jean les jours indiqués ; elle subit un nouveau traitement avec un succès momentané. De larges pustules ecthymateuses, toujours de même nature que les pustules plates, succédèrent à celles-ci et couvrirent la peau en diverses régions. D'après les conseils de M. le D[r] Venot, je les cautérisai à l'aide d'un petit pinceau de charpie trempé dans du nitrate acide de mercure, et donnai à l'intérieur l'iodure de potassium. Il y eut un nouveau temps d'arrêt, durant lequel cette femme devint enceinte ; elle accoucha vers

sept mois et demi; l'enfant était contaminé, porteur de nombreuses pustules plates sur diverses régions de la peau; il mourut deux mois après sa naissance. Elle redevint enceinte peu de temps après, et accoucha, au huitième mois, d'un enfant syphilitique comme le premier, et qui mourut quelques mois plus tard des suites de sa maladie héréditaire. Enceinte pour la troisième fois, elle porta à terme un enfant qui naquit sans la moindre pustule, mais qui en eut quelques-unes à l'âge de sept à huit mois. Traité selon les règles de l'art, il guérit très-bien, mais a succombé, plus tard, aux suites de la rougeole. Cette malheureuse femme a encore aujourd'hui, de loin en loin, des ecthymas suspects; et cependant, avant qu'elle n'eût nourri l'enfant contaminé, elle avait donné naissance à cinq beaux enfants, tous sains et bien portants. Le mari est resté tout à fait indemne, malgré ses rapports plus ou moins réitérées avec sa femme.

Obs. III. — Dans la même année que la femme R... était malade (1854), la dame Eyquem, de La Bastide, prit un nourrisson récemment né, qui eut, après quinze jours d'allaitement, un coryza spécifique et des pustules plates autour des lèvres. Cette nourrice, voisine de la première, qui avait vu les *boutons* dont celle-ci était couverte, fut fort effrayée : craignant pour elle les mêmes accidents, elle me porta, pour que je l'examinasse, l'enfant suspect. Je conseillai la cessation de l'allaitement, ce qui fut fait sur le champ; et, bien qu'elle eût donné à téter plus d'un mois depuis l'apparition des accidents syphilitiques chez cet enfant, elle ne s'inocula pas la vérole.

Obs. IV. — A la fin de l'année 1856, une dame dont

le mari était employé à la gare de La Bastide, prit un nourrisson. — Le père de cet enfant est capitaine au long-cours. — L'enfant eut, dans les premiers jours de sa naissance, un coryza syphilitique et quelques rares pustules plates aux lèvres. Enhardi par l'immunité de la femme Eyquem, qui avait pu nourrir plusieurs semaines un poupon suspect à justes titres, sans la moindre suite, je me tus, et laissai continuer l'allaitement. Je fis des lotions, avec la liqueur de Van-Swiéten, sur les pustules; l'enfant suça du miel qui contenait une certaine quantité de calomel, ce qui suffit pour le guérir parfaitement. La nourrice, que je vois tous les jours, n'a pas éprouvé le moindre accident; sa santé est excellente.

Obs. V. — Dans le mois de janvier 1856, une jeune nourrice, bien fraîche et bien saine, habitant la commune de Floirac, limitrophe de Cenon-La-Bastide, vint, tout effarée, me montrer sa nourrissonne, âgée de 5 mois, et me conjurer de lui dire, en toute conscience, quel genre de maladie cette enfant avait à la peau. Elle arrivait de Bordeaux, de chez la mère de cette dernière, et lui avait fait part de toutes ses craintes relativement à la nature de la maladie de la petite fille. — Voici ce que je remarquai : Pustules plates aux environs de l'anus, assez nombreuses, plus nombreuses encore aux cuisses; dans les sillons de la peau des aines, des plis des fesses et des cuisses, des ulcérations profondes et d'aspect *sui generis*. La mère, la nourrice avec l'enfant, étaient allées chez un médecin de la ville pour savoir à quoi s'en tenir sur l'état de ce dernier. Madame X... posa carrément, à brûle-pourpoint, cette question à l'homme de l'art : « Quelle maladie a mon enfant? Je

veux le savoir! » La réponse fut évasive, peu satisfaisante; le médecin, qui ne voulait pas se prononcer devant la nourrice, dit à la mère : « Revenez seule demain à l'heure de ma consultation, et je vous dirai ce qu'a votre enfant. » La nourrice, à qui la peur ouvrait les yeux de l'intelligence, s'était retirée toute troublée, et c'est dans cette disposition d'esprit qu'elle se présentait chez moi. Elle me dit aussi que le médecin de Bordeaux lui avait conseillé de sevrer l'enfant et de le nourrir au biberon jusqu'à ce qu'il fût guéri. Que devais-je faire dans pareille circonstance? L'enfant n'ayant pas de coryza syphilitique ni de pustules plates autour des lèvres, je dis à la nourrice qu'elle n'avait rien à craindre, qu'elle pouvait continuer, comme par le passé, à faire téter la petite malade, qui avait une affection de la peau, dont elle guérirait facilement. Je ne me prononçai pas, et je prescrivis à l'enfant un traitement spécifique.

Le lendemain matin, je reçus la visite de la mère, qui me pria de m'expliquer sans détour ni ambage, ce que je fis sans le moindre déguisement; elle me parut plus affligée qu'étonnée de ma réponse, et m'apprit que, dès le premier mois de son mariage, elle avait eu une maladie syphilitique, et que son mari, qui s'était cru guéri d'affections spécifiques antérieures, en était l'auteur; qu'ils avaient subi l'un et l'autre un traitement qu'ils croyaient complet; que l'enfant était née quatre ans après, sans présenter le moindre bouton sur toute la surface de la peau; que, dans le moment actuel, ils n'avaient, ni l'un ni l'autre, rien d'apparent sur tout leur corps.

Voici le traitement que je prescrivis à l'enfant :

Miel fin . . . . . 15 grammes.
Calomel. . . . . . 1 —
(Mêlez.)

On prenait de ce mélange sur le bout du doigt, qu'on introduisait dans la bouche de la petite malade, et on réitérait cette manœuvre plusieurs fois par jour.

On faisait des lotions sur les ulcérations avec la liqueur de Van-Swiéten; on pansait ces mêmes plaies avec du cérat au précipité rouge, dont on oignait aussi les pustules plates; on donnait des bains gélatineux fort souvent. Au bout d'un mois de traitement, la cure semblait assurée, tout avait disparu.

Au mois de juillet, même année, au moment des plus grandes chaleurs, l'enfant, ayant déjà une forte diarrhée, fut repris de ses accidents syphilitiques dans les lieux où ils s'étaient montrés primitivement. Ne pouvant, à cause de l'effet purgatif, recourir au calomel, je me contentai des frictions hydrargiriques. Pour comble de malheur, la nourrice contracta une fièvre intermittente qui eut le fâcheux privilége de lui faire tarir son lait; elle était, d'ailleurs, tout à fait exempte de contamination syphilitique. — Une nouvelle nourrice fut donnée à cette enfant au moment même de la recrudescence de la dermatose spécifique; elle fut aussi indemne que la première. Je soignai d'une manière plus complète cette enfant, et elle guérit parfaitement. Je l'ai vue il n'y a pas longtemps; elle se portait très-bien.

Ainsi donc, dans les Ire et IIe Observations, on est en droit de conclure que les nourrissons ont inoculé aux seins de leur nourrice les pustules plates qu'ils avaient à l'entour de leurs lèvres; que les mœurs des

parents de ces petits poupons portent à croire qu'ils ont transmis cet héritage à leurs descendants; que les nourrices et leurs maris, au contraire, bien qu'il n'y ait pas eu chez eux un examen complet, semblent offrir des garanties morales plus que suffisantes, pour ne pas les accuser d'être les auteurs des accidents survenus aux nourrissons durant l'allaitement; que, néanmoins, malgré l'inoculation probable de la maladie des enfants aux nourrices, les maris de ces dernières, malgré leurs rapports intimes-charnels avec elles, sont restés indemnes.

Les IIIe et IVe Observations semblent infirmer les Ire et IIe. En effet, les nourrissons qui avaient les mêmes accidents aux mêmes régions que les deux autres, n'ont cependant rien communiqué ou inoculé aux seins de leurs nourrices, en contact immédiat avec des pustules plates, et pouvant recevoir immédiatement aussi l'ichor qui s'écoulait des narines de ces petits enfants, atteints de coryza syphilitique.

La Ve Observation est très-remarquable : deux nourrices successivement ont pu, sans le moindre résultat fâcheux, allaiter une petite fille syphilitique, mais qui n'avait que des accidents secondairee. Cette enfant, d'ailleurs, avait la bouche et les narines *propres;* c'est peut-être à cela que les nourrices doivent de n'avoir pas été infectées.

Je désirerais de tout mon cœur que la doctrine de Ricord fût une vérité incontestée et incontestable; mais, la vérité avant tout : *Amicus Plato, etc.*

Dans la très-grande majorité des cas, les accidents secondaires ne sont pas inoculables, bien que transmissibles par voie de génération; mais il faut avouer qu'ils peuvent l'être quelquefois, et que de nouvelles étu-

des doivent être faites à ce sujet, pour arriver à la solution satisfaisante de cette question si fort controversée.

PHARMACOLOGIE.

NOTE

sur un nouvel aréomètre indiquant la densité réelle des liquides, et en même temps le volume du kilogramme ;

Par le Dr JEANNEL, professeur à l'École de médecine de Bordeaux ;
Pharmacien principal des hôpitaux militaires.

§ I. — Lorsque les liquides de densités différentes sont en équilibre dans des vases communiquants, les hauteurs des colonnes qui se soutiennent réciproquement sont entre elles en rapport inverse des densités. On peut donc trouver la densité d'un liquide donné, en mesurant la hauteur de la colonne de ce liquide, qui est soutenue par une hauteur donnée d'eau distillée, et en divisant la hauteur à laquelle se soutient l'eau prise pour unité, par la hauteur à laquelle se soutient le liquide mis en expérience.

Soit A la hauteur de la colonne d'eau distillée et B la hauteur de la colonne du liquide dont on recherche la densité, on trouve celle-ci par la proportion suivante :

$$A : B :: 1000 : x.$$

Et si la hauteur de A est de 1000 millimètres ou 1 mètre la valeur de x sera la densité du liquide mis en expérience, l'eau étant de 1000.

Exemple : B étant 952 millimètres, hauteur à laquelle se soutient l'albumine de l'œuf en présence de A colonne d'eau de 1000 millimètres, on obtient la densité de l'albumine de l'œuf par la proportion :

$$952 : 1000 :: 1000 : x; \text{ ou } \frac{1\,000\,000}{952} = 1050,$$

en poussant la division jusqu'aux millièmes.

Mais la mesure exacte des colonnes liquides exige certaines précautions; de plus, l'introduction des liquides dans des tubes en U et leur évacuation offrent de nombreux embarras, de telle sorte que les principes vulgaires que je viens de rappeler, malgré leur exactitude reconnue, n'ont pas été appliqués jusqu'à présent à la détermination usuelle des densités des liquides.

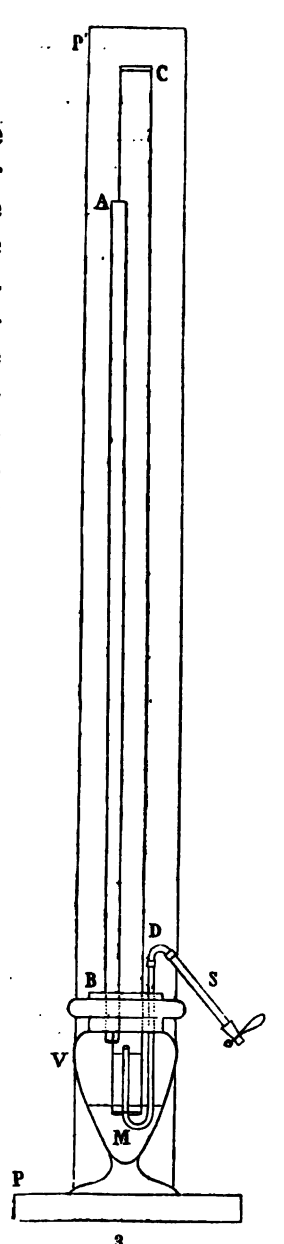
Cependant les aréomètres flotteurs dont l'usage est universellement répandu offrent le sérieux inconvénient de manquer de précision. Il est rare de les trouver d'accord entre eux à deux centièmes près, et surtout ils n'apportent point avec eux la preuve de l'exactitude des indications qu'ils fournissent; enfin, ils ne donnent pas la densité réelle des liquides ni le volume du kilogramme.

Je propose un aéromètre nouveau, basé sur l'équilibre des colonnes liquides dans le tube en U; l'instrument sera sans doute d'un maniement moins commode que les aréomètres flotteurs; mais il donnera des indications beaucoup plus rapprochées de l'exactitude absolue, puisqu'il permettra de constater aisément une différence de densité de cinq millièmes et de tenir compte par simple soustraction des corrections nécessitées par les variations de température [1]. J'ose espérer qu'il trouvera sa place dans les laboratoires, entre les balances délicates qui donnent aux physiciens par la pesée dans un flacon taré le poids spécifique des liquides, et les tubes imparfaits dont les praticiens se servent ordinairement faute de mieux.

[1] Excepté pour les liquides alcooliques. Ceux-ci exigent l'emploi des tables de correction.

§ II. — *Description de l'instrument.*

(V. la fig.)



Le nouvel aréomètre se compose de deux tubes AB et CD, communiquant par l'intermédiaire d'une colonne de mercure M, contenue dans le fond d'un vase V. Le petit tube AB, de 0m,005 de diamètre et de 0m,65 de hauteur, est en réalité continué à sa partie inférieure par la capacité même du vase, puisque le vase est hermétiquement fermé. Le vase, aussi bien que le petit tube AB qui le surmonte, contient de l'eau distillée. Cette eau s'élève dans le tube AB jusqu'à la hauteur exacte de 500 millimètres, marquée 1000 sur l'échelle, lorsque l'autre tube CD, de 0m015 de diamètre et de 0m,70 de hauteur, contient lui-même une colonne d'eau distillée, également de 500 millimètres. Cet équilibre étant établi, l'instrument est réglé ; alors si l'on vide le tube CD, et si l'on y verse un liquide plus dense que l'eau distillée, il faudra de cet autre liquide une colonne d'une moindre hauteur pour faire remonter l'eau distillée au point marqué 1000, où elle était soutenue précédemment; si au contraire le liquide versé dans le tube CD est moins dense que l'eau distillée, il en faudra une colonne d'une plus grande hauteur : la hauteur des colonnes liquides dans les vases communiquants étant en raison inverse des densités.

L'échelle collée sur le tube CD donne à la fois la densité, ou le volume pour le même poids que l'eau, en millièmes; elle donne aussi en regard le volume du kilogramme en centimètres cubes, puisque le centimètre cube est la millième partie d'un kilogramme d'eau.

§ III. — *Manière de procéder pour prendre la densité d'un liquide.*

Il faut avant tout régler l'instrument. On commencera par introduire le mercure par l'orifice supérieur du petit tube AB; la hauteur entre le niveau du mercure et l'indice 1000, qui est comme le zéro de l'échelle à + 15° centig., doit être exactement de 1/2 mètre ou 500 millimètres à cette température. Le mercure étant versé, on introduit l'eau distillée, d'abord par le tube CD; le vase s'emplit, et l'eau commence à monter dans le petit tube AB. Pour achever de remplir le petit tube AB jusqu'à l'indice 1000, on se servira d'un tube très étroit, de $0^m,30$ de long, faisant l'office de pipette, également commode pour introduire l'eau peu à peu, ou pour en retirer au besoin. On conçoit que l'excès d'eau qu'on aura pu introduire dans le vase CD peut être évacué facilement en pressant avec précaution la pince qui ferme le caoutchouc du siphon S, et qu'on arrive aisément par le tâtonnement à mettre l'eau de niveau à 1000 dans les deux tubes AB et CD.

Cela fait, on ouvre le siphon S en pressant la pince; à mesure que le tube CD se vide, l'eau n'étant pas soutenue dans le tube AB, pèse de plus en plus sur le mercure, dont le niveau s'abaisse dans le vase, tandis qu'il monte en même temps de 3 centimètres environ dans la partie inférieure du tube CD; il s'arrête un peu

au-dessous de l'orifice intérieur du siphon, de telle sorte que le tube CD se vide complètement. — Pour prendre la densité d'un liquide quelconque (pourvu qu'il n'ait pas d'action chimique sur le mercure), il suffit, le siphon étant fermé par la pince abandonnée à elle-même, d'introduire le liquide mis en expérience par l'orifice supérieur du tube CD, jusqu'à ce que l'eau distillée remonte dans le tube AB exactement jusqu'au niveau marqué 1000 jusqu'à l'échelle (si la température est à + 15°).

Il est inutile de faire observer qu'après chaque opération, il faut laver complètement le tube CD avec de l'eau de fontaine; il sera bien de le laver ensuite avec 20 ou 25 centimètres cubes du liquide même qu'on veut mettre en expérience.

Si l'on a pesé une huile grasse, il faut laver à deux ou trois reprises avec de l'eau distillée, tenant en dissolution 1 ou 2 p. 1000 de carbonate de soude cristallisé, puis avec de l'eau de fontaine.

Les précautions suivantes sont à recommander : lorsque la colonne d'eau distillée est près d'atteindre son niveau, il faut verser lentement pour ne pas risquer de faire déborder; mais comme les frottements et l'adhérence aux parois retardent le moment où s'établit l'équilibre définitif, il est bon d'ajouter un petit excès de liquide dans le tube CD, afin de dépasser de quelques millimètres le niveau voulu dans le tube AB; ensuite on fait écouler peu à peu l'excès en pressant doucement la pince inférieure jusqu'à ce que l'eau distillée redescende au niveau voulu. Car l'expérience fait voir qu'il vaut mieux obtenir les niveaux en soutirant par en bas

du liquide excédant, qu'en ajoutant par en haut du liquide manquant; d'ailleurs, on évite ainsi le séjour dans l'intérieur du siphon de quelques bulles d'air, dont l'élasticité, allégeant sensiblement le liquide mis en expérience, serait une cause d'erreur.

Les niveaux restant invariables après une minute d'attente, ou trois minutes pour les liquides visqueux qui s'écoulent lentement, on peut lire sur l'échelle le résultat de l'expérience : d'une part, la densité ou le poids du litre en grammes; d'autre part, le volume du kilogramme en centimètres cubes. On a, d'ailleurs, sous les yeux le liquide étalon, l'eau distillée.

Il reste à tenir compte des corrections relatives aux températures.

D'abord pour le petit tube AB.

L'expérience directe démontre que l'instrument ayant été réglé à + 15° le niveau dans le tube AB s'élève ou s'abaisse de 1 millimètre par degré centésimal au-dessus ou au-dessous du niveau de 1000. Il faut donc ajouter dans le tube CD la quantité de liquide nécessaire pour élever l'eau dans le tube AB d'autant de millimètres au-dessus du niveau 1000, que le thermomètre centigrade qu'on aura placé à côté de l'appareil indique de degrés audessus de + 15°, et *vice versâ* pour abaisser d'autant de millimètres au-dessous du niveau 1000 que le thermomètre marque de degrés au-dessous de + 15°. On conçoit que cette hausse ou cette baisse doit être produite dans le tube AB, soit en réglant l'instrument, soit en prenant une densité.

Ensuite, pour le grand tube CD.

Ici, comme il n'existe pas de réservoir inférieur, les

liquides aqueux ne se dilatent que de 1/5e de millimètre par degré centigrade, ou de 1 millimètre par 5 degrés. Il suffira donc, dans la pratique, de retrancher ou d'ajouter 1 millimètre à la hauteur de la colonne de liquide dans ce tube, pour 5 degrés au-dessus ou au-dessous de + 15°, soit qu'on règle l'instrument, soit qu'on prenne une densité.

§ IV. — *Échelle des densités et des volumes qui accompagne l'instrument.*

L'indice 1000 est à 500 millimètres au-dessus du niveau du mercure contenu dans le vase, et les chiffres formant comme les degrés de l'échelle sont espacés de 5 en 5 millimètres.

DENSITÉ l'eau pesant 1,000	VOLUME du kilogramme en centim. cubes.	DENSITÉ l'eau pesant 1,000	VOLUME du kilogramme en centim. cubes.
0.729	1370	0.869	1150
0.735	1360	0.877	1140
0.740	1350	0.884	1130
0.746	1340	0.892	1120
0.751	1330	0.900	1110
0.757	1320	0.909	1100
0.763	1310	0.917	1090
0.769	1300	0.925	1080
0.775	1290	0.934	1070
0.781	1280	0.943	1060
0.787	1270	0.952	1050
0.793	1260	0.961	1040
0.800	1250	0.970	1030
0.806	1240	0.980	1020
0.813	1230	0.990	1010
0.819	1220	**1000**	**1000**
0.826	1210	1010	990
0.833	1200	1020	980
0.840	1190	1030	970
0.847	1180	1041	960
0.854	1170	1052	950
0.862	1160	1063	940

DENSITÉ l'eau pesant 1,000	VOLUME du kilogramme en centim. cubes.	DENSITÉ l'eau pesant 1,000	VOLUME du kilogramme en centim. cubes.
1075	930	1408	710
1086	920	1428	700
1093	910	1449	690
1111	900	1470	680
1123	890	1492	670
1136	880	1515	660
1149	870	1538	650
1162	860	1562	640
1176	850	1587	630
1190	840	1612	620
1204	830	1639	610
1219	820	1666	600
1234	810	1694	590
1250	800	1724	580
1265	790	1754	570
1282	780	1780	560
1298	770	1818	550
1315	760	1851	540
1333	750	1886	530
1351	740	1923	520
1369	730	1960	510
1388	720	2000	500

Enfin, voici la table de correction pour ramener les densités des liquides alcooliques à la température de + 15° [1].

POIDS spécifiques.	MULTIPLICATEURS pour 1° de température.	POIDS spécifiques.	MULTIPLICATEURS pour 1° de température
8250	8,6	8690	8,4
8340	8,6	8760	8,3
8470	8,5	8820	8,3
8540	8,5	8870	8,2
8620	8,4	8920	8,1

[1] Cette table est extraite de la *Pharmacopée raisonnée* d'Henry et Guibourt, p. 190.

POIDS spécifiques.	MULTIPLICATEURS pour 1° de température	POIDS spécifiques.	MULTIPLICATEURS pour 1° de température
8970	8,0	9430	7,0
9010	7,9	9460	6,8
9050	7,9	9490	6,6
9090	7,9	9520	6,4
9130	7,8	9550	6,2
9160	7,7	9580	5,8
9190	7,6	9610	5,4
9220	7,6	9640	4,9
9250	7,5	9680	4,4
9280	7,5	9710	3,8
9300	7,5	9740	3,2
9320	7,4	9780	2,6
9350	7,3	9820	2,1
9370	7,2	9870	1,6
9400	7,1	9920	1,2

OBSERVATION DE MENTAGRE [1];

par M. Henri GINTRAC, professeur-adjoint de Clinique interne.

C..., âgé de soixante-quatre ans, terrassier, demeurant près Bazas (Gironde), d'une assez forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, jouit d'une bonne santé habituelle, mène une vie régulière, se nourrit assez bien et ne fait pas d'excès de boisson. Aucun membre de sa famille n'a été atteint d'affection herpétique; lui-même, jusque dans ces derniers temps, n'en avait jamais présenté de trace.

Au mois de février 1858, quelques heures après s'être fait raser, C... éprouva de la chaleur et de la douleur

[1] Les notes relatives à ce fait ont été recueillies avec soin par M. Demptos, interne du service.

au niveau du menton et des lèvres. Ces parties devinrent rouges; on eût dit un commencement d'érysipèle. Cette teinte rouge se dissipa bientôt, et il survint aux lèvres supérieure et inférieure une éruption prurigineuse, qui avait des phases d'exacerbation et de rémission. De temps à autre, des pustules se développaient; après une huitaine de jours elles se desséchaient et formaient des croûtes. Il en résultait une surface inégale et brunâtre. Des poussées successives eurent ainsi lieu plusieurs fois par mois; les pustules ne restèrent plus isolées et discrètes, elles se réunirent par groupes reposant sur une base indurée.

Ce fut alors que C... se décida à venir à l'hôpital. Admis le 25 juin 1858 à la clinique (salle 16, lit 18), il se présente dans l'état suivant : sur les lèvres et le menton, on trouve disséminés un certain nombre de points rouges saillants, surmontés d'une croûte sèche, brunâtre, assez dure, peu adhérente, que traversent des poils qu'on arrache sans effort. En quelques endroits, ces pustules sont agglomérées, rapprochées en groupes, et sur les joues ce sont de véritables tubercules; quelques-uns ont même un volume assez considérable pour constituer des nodosités. Dans la région sus-hyoïdienne existent de petites tumeurs résistantes et qui semblent plonger assez profondément dans le tissu sous-cutané. Ces tumeurs forment des saillies rougeâtres surmontées de pustules d'un jaune-grisâtre. (Du 26 juin au 1er juillet, application chaque jour de cataplasmes de riz sur les points affectés; bains avec carbonate de soude 150,0.)

1er juillet. Les parties atteintes par l'éruption sont

moins irritées, le sentiment de prurit est moins prononcé, et la tendance à la formation de nouvelles pustules semble arrêtée. — L'épilation est commencée sur la lèvre supérieure; elle détermine de la douleur, quelquefois même un suintement sanguinolent; elle est alors suspendue. Des cataplasmes de riz sont placés de nouveau et entretenus plusieurs jours sans interruption.[1]

5. Les pustules offrent toujours le même aspect; isolées en certains points, agglomérées en d'autres, elles reposent sur une base dure et enflammée. (Frictions sur les parties malades avec l'huile de cade.)

6. L'épilation est pratiquée de nouveau, et d'abord sur tout le côté gauche de la lèvre supérieure; les poils sont enlevés chacun séparément; cette avulsion se fait sans douleur. Immédiatement après chaque épilation, des lotions sont faites sur la surface épilée avec un liquide ainsi composé : sublimé, 2 grammes; eau distillée, 500 grammes.

8. L'épilation est continuée environ de deux jours l'un; on a soin de n'enlever les poils qu'un par un. Cette précaution est importante, puisqu'elle est cause de l'absence de douleur. L'avulsion des poils se fait chaque fois d'une manière complète dans un espace de 3 centimètres environ de largeur. Dès que les surfaces malades sont épilées, on les imbibe d'une solution de sublimé.

Le 20, les lèvres supérieure et inférieure, le menton, les joues, la région sus-hyoïdienne, sont dépourvues de poils; les pustules ont disparu, les plaques indurées se sont affaissées, et à leur place il ne reste plus qu'une surface légèrement érythémateuse, qui chaque jour revient à l'état normal.

Trois ou quatre pustules se montrèrent de nouveau sur les points qui avaient été déjà épilés; mais une deuxième extraction des poils détruisit toute apparence de récidive.

Ce malade est resté tout le mois d'août dans le service pour permettre de constater la solidité de la guérison. Au bout de ce temps, elle a paru parfaitement assurée.

Aux caractères que je viens de tracer, il est impossible de méconnaître l'affection que les dermatologistes ont décrite sous le nom de *mentagre* ou *sycosis*. C'est en effet une éruption pustuleuse, affectant la racine des poils, ayant pour siége les lèvres, le menton, le cou, les parties latérales de la face. Les pustules plus ou moins volumineuses ont une durée individuelle assez longue; elles suppurent incomplétement, elles sont traversées par un ou plusieurs poils, elles donnent lieu à des croûtes petites, sèches, brunâtres, quelquefois à des indurations partielles, à des espèces de nodosités. Ainsi, la mentagre se présente d'abord comme une affection pustuleuse, elle continue longtemps par l'apparition successive et périodique de petites pustules. C'est donc l'élément pustuleux qui se traduit d'emblée; plus tard, se produisent avec un empâtement plus ou moins considérable des indurations tuberculeuses qui peuvent se développer indéfiniment. L'état tuberculeux est secondaire, il accuse généralement l'ancienneté de la maladie. La mentagre procédant par poussées successives, a toutefois une marche chronique; elle dure des mois et même des années entières. Dans le fait que je viens de citer, se sont rencontrées les trois formes établies par M. Bazin, c'est-à-dire pustuleuse, papulo-

squammeuse, et tuberculeuse. Cette dernière variété était surtout parfaitement caractérisée à la partie antérieure du cou.

L'affection avec laquelle on aurait pu confondre cette mentagre eût été l'impétigo. Entre ces deux maladies cutanées existe quelques ressemblances, puisque M. Devergie a créé l'impétigo-sycosiforme; mais l'impétigo n'a point pour siége le follicule pileux; les pustules sont plus agglomérées, elles fournissent une suppuration plus considérable, et les croûtes auxquelles elles donnent lieu sont jaunâtres et peu adhérentes. L'acné se distingue facilement de la mentagre; il a pour point de départ les follicules sébacés; il occupe le nez, le front, les joues; il se présente en outre avec des caractères trop tranchés pour que le doute soit possible.

Quelle est la nature de la mentagre? Bateman en a fait un tubercule. Biett et ses disciples l'ont rangée parmi les pustules. M. Cazenave la considère comme une inflammation du conduit pilifère. En 1843, un micrographe distingué, M. Gruby, présenta à l'Académie des Sciences un travail dans lequel il indiquait la présence d'un végétal parasite, le *Microsporum mentagrophytes,* dans une variété particulière de la mentagre. Cette découverte attira l'attention des dermatologistes. Quelques années plus tard, M. Bazin annonçait à son tour que la mentagre idiopathique ne devait plus être classée parmi les dartres, qu'elle rentrait dans la famille des teignes. Dans la plupart des cas, le médecin de l'hôpital Saint-Louis avait trouvé sur les poils un végétal parasite qui n'était pas toujours le *Microsporum mentagrophytes* de M. Gruby, mais plus souvent le *tricophyton.*

Pour MM. Bazin et Cramoisy, les affections développées sur le système pileux, désignées sous les noms d'*herpès circiné, herpès tonsurant, mentagre*, sont à tort regardées comme des maladies différentes; elles sont identiques, elles ne doivent porter qu'un même nom, elles sont causées par le même parasite.

La nature dermophytique de la mentagre étant démontrée, il en résultait des modifications importantes au double point de vue de l'étiologie et de la thérapeutique. La contagion est admissible; la petitesse des spores et des sporules rend facile le transport du tricophyton, par les vents, le contact des vêtements et la transmission directe; enfin, le siége profond du cryptogame dans la mentagre explique pourquoi de simples lotions de sublimé ou d'acétate de cuivre n'amènent aucun résultat avantageux. Le végétal n'existe pas à la superficie de la peau, il pénètre dans le bulbe et le poil lui-même. Ainsi, l'épilation suivie de lotions parasiticides doit constituer le traitement rationnel de la mentagre.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DU TANNIN DANS LES MALADIES DE LA MEMBRANE ALVÉOLAIRE,

suivies de suppuration des gencives et de l'ébranlement des dents;

par M. VILLEMSENS, chirurgien-dentiste.

Dans les pays marécageux, comme les landes de la Gascogne et le Médoc où règnent les fièvres paludéennes, on rencontre fréquemment une affection caractérisée à son début par une simple inflammation des

gencives, et qui envahit bientôt la membrane alvéolaire. La douleur est d'abord assez médiocre pour que les malades négligent de réclamer les conseils du dentiste; mais peu à peu les désordres s'aggravent, les dents se déchaussent, s'ébranlent, et tombent une à une. C'est alors qu'on vient nous demander une guérison devenue malheureusement impossible.

Le diagnostic de cette maladie n'offre aucune difficulté. L'envahissement de la membrane alvéolaire interne par l'inflammation, le déchaussement progressif, et l'expulsion des dents qui en sont la conséquence, diffèrent essentiellement de l'inflammation passagère qui caractérise la gingivite simple ou mercurielle, comme du boursouflement fongueux qui accompagne le scorbut.

L'inflammation de la membrane alvéolaire peut se manifester à toutes les époques de la vie; elle n'a presque jamais de suites fâcheuses dans la jeunesse lorsqu'on y porte un remède efficace; mais dans l'âge mûr, les sujets qui ne suivent pas dès le début un traitement convenable perdent toutes leurs dents dans l'espace de cinq à six ans.

Au commencement de cette affection, le malade ressent une légère douleur aux gencives; elles sont atteintes d'un gonflement atonique, deviennent un peu rouges autour du collet de la dent; elles ne tardent pas à devenir sensibles à la pression qui fait sortir du repli gingival une sérosité purulente; elles saignent abondamment au contact de la brosse, et se détachent peu à peu des racines et des alvéoles. A cette époque, le suintement n'a lieu qu'à la face externe des gencives, et le

mal n'ayant pas encore gagné l'intérieur des alvéoles, les dents n'éprouvent qu'une légère mobilité; généralement les dents de la mâchoire inférieure, où le tartre s'accumule avec plus de facilité, sont affectées les premières, mais les dents supérieures ne tardent pas à être atteintes. Tels sont les symptômes de la première période de cette maladie. La membrane externe des racines est seule affectée, et c'est alors que la mixture odontalgique au tannin dont je donnerai la formule plus loin, donne d'excellents résultats.

Il faut agir de la manière suivante : d'abord, on doit débarrasser la racine des dents malades d'une petite couche de matière granuleuse assez dure que la suppuration y a déposée; une mince curette suffit pour cette opération. On prescrit ensuite pendant quelques jours des collutoires émollients pour combattre l'irritation, et lorsque celle-ci a disparu, on ordonne la mixture au tannin.

Formule de la mixture au tannin.

Tannin pur	8	grammes.
Alcool 86°.................	120	»
Teinture de benjoin..........	8	»
Essence de menthe	2	»

Dissolvez et filtrez.

On mélange quelques gouttes de ce liquide avec de l'eau dont on se sert pour laver la bouche deux ou trois fois par jour.

L'usage de ce médicament devra être continué, même quelque temps après la guérison pour la consolider.

Sous l'influence de cet astringent énergique les dents se raffermiront, peu à peu la suppuration disparaîtra et les gencives reprendront leur état normal.

Lorsqu'au contraire la personne attaquée de cette maladie n'a pris aucune précaution, n'a suivi aucun régime ni fait aucun remède pour en atténuer les effets, l'inflammation suit une marche progressive qui laisse le remède incertain ; les dents commencent à s'allonger, deviennent douloureuses sous la rencontre des dents opposées ; la suppuration devient plus abondante, plus épaisse ; les gencives gonflées et rougeâtres commencent à se tuméfier, elles se contractent, forment un bourrelet qui laisse bientôt à nu une grande partie des racines, sous l'influence de cette sécrétion purulente qui se produit entre elles et les parois osseuses ; bientôt l'alvéole disparaît peu à peu depuis le collet de la dent jusqu'à l'extrémité de la racine. Ces faits accomplis, la gencive se trouvant en contact immédiat avec les racines s'affaisse, et abandonnant le collet des dents les laisse entièrement à découvert. Lorsque l'altération des alvéoles et la rétraction des gencives sont arrivées à ce point, les dents, n'ayant plus aucun soutien, ne tardent pas à tomber.

Si à cette époque on examine avec attention les racines des dents, on voit qu'elles sont enveloppées à la surface de petits points agglomérés et qui sont le résultat des matières purulentes concrétées, ayant acquis une assez grande dureté.

Quand la maladie est arrivée à ce point, tous les moyens sont impuissants, le tannin n'a pas la propriété de faire revivre les alvéoles, il peut seulement agir

comme astringent sur les gencives, et prolonger encore quelques années l'existence des dents les moins compromises. Il faut, dans ce cas, extraire les plus ébranlées qui pourraient nuire à la consolidation, je dirai presque artificielle des autres.

Les résultats favorables que j'ai obtenus avec le tannin depuis plusieurs années ont toujours été heureux dans la première période de la maladie; et dans la seconde, s'il n'a pas guéri, il a du moins servi à retarder la chute des dents les moins malades.

Avant d'avoir songé à l'usage thérapeutique du n-nin, j'avais employé la cautérisation au nitrate d'argent. Chaque fois que les gencives étaient cautérisées assez profondément à l'intérieur, la suppuration disparaissait, mais pour revenir le lendemain. J'ai renoncé à ce moyen, ainsi qu'à l'emploi du monésia, que l'on avait beaucoup préconisé et dont les effets m'ont paru nuls.

Plusieurs dentistes ont beaucoup vanté les bons effets de la cautérisation par le fer rouge. Ce moyen, outre qu'il est extrêmement douloureux et qu'il faut souvent y revenir, n'a jamais donné de résultats satisfaisants.

Je rappelle aussi le sulfate de cuivre, qui peut dans les gingivites hâter quelque peu la guérison, mais qui, dans les maladies de la membrane externe des racines et dans les suppurations des gencives et des alvéoles, ne produit absolument aucun effet.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

L'ophthalmoscope, et les verres à lunettes prismatiques. — L'importance de l'ophthalmoscope, pour le diagnostic et le traite-

ment de toute une grande classe d'affections des yeux, ne saurait plus être contestée. Sur ce point, il y a eu unanimité au Congrès d'Ophthalmologie qui eut lieu l'an dernier à Bruxelles; les seules dissidences qui se soient produites parmi les notabilités accourues là de presque tous les pays, n'ont porté que sur quelques questions spéciales, telles que l'application du nouvel instrument à telle maladie donnée. Comment oublier, d'ailleurs, qu'il est encore bien près de son berceau? Assurément il n'a pas dit son dernier mot, et bien des perfectionnements l'attendent dans l'avenir, lorsque son emploi sera plus répandu parmi les praticiens qu'il ne l'a été jusqu'à ce jour.

Afin de vulgariser, autant qu'il est en nous, une invention si précieuse, nous dounons ici, d'après le docteur C.-H. Schauenburg, un aperçu succinct de l'origine, du but, de la théorie et de l'état actuel de l'ophthalmoscopie, en ce qui concerne la partie instrumentale. Nous y joignons quelques renseignements, relatifs à une autre nouveauté qui s'est également produite dans le domaine de l'ophthalmologie.

Ce fut en 1851 que M. H. Helmholtz, alors professeur de physiologie à l'Université de Kœnigsberg, aujourd'hui à celle de Heidelberg, publia son premier travail sur cette matière [1]. L'auteur demanda à son instrument deux choses : éclairer suffisamment le fond de l'œil sain, qui se trouve plongé dans une obscurité absolue, à cause de l'état des milieux de l'œil et de leurs propriétés réfringentes; ensuite, placer, au moyen de certaines combinaisons d'optique, les deux images qui se forment sur la rétine de l'œil qui examine (appelé *œil subjectif*) et sur la rétine de l'œil qui doit être examiné *(œil objectif)*, dans de tels rapports que l'observateur puisse distinctement percevoir cette rétine : chose jusqu'alors réputée impossible. M. Helmholtz démontra que l'obscurité absolue, dont nous venons de parler, ne provenait pas du pigment de la choroïde, car si celui-ci en était

[1] *Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge*; c'est-à-dire : *Description d'un Ophthalmoscope* (le terme allemand signifie littéralement : miroir ou spéculum de l'œil) *pour l'examen de la rétine sur le vivant*. Avec une planche. Berlin, 1851.

la cause, les vaisseaux de la rétine et la papille du nerf optique, qui est dépourvue de pigment, devraient au moins être visibles; il prouva aussi que la lumière qui pénètre dans l'œil, lorsqu'il est éclairé d'une manière ordinaire, est, pour la plus grande partie, absorbée par le pigment, qu'une plus faible portion sert à former l'image sur la rétine, et qu'ensuite la quantité tout entière retourne au dehors vers le point primitivement lumineux par la même voie où elle est entrée, c'est-à-dire par la pupille, et sans se disperser aucunement dans l'œil.

Si l'œil sain *A* se trouve en face de l'œil sain *B*, des rayons lumineux passent du premier sur la rétine du second en quantité suffisante pour y produire l'image de l'œil *A*. Mais ces rayons sont en partie absorbés, et retournent en partie; ils n'éclairent point l'intérieur de l'œil *B*, qui reste complètement plongé dans l'obscurité. La même chose a lieu sur l'autre œil. A travers les deux pupilles on n'aperçoit tour à tour qu'une obscurité absolue, c'est-à-dire une pupille noire purpurine, parce que sur chaque rétine se produit une image de la pupille opposée; alors celle-ci est vue.

Cet état de choses change immédiatement, si avec les rayons qui retournent directement de l'œil et avec ceux qui y sont absorbés, et qui, les uns et les autres, n'éclairent point, un troisième ordre de rayons tombe en même temps et par la même direction dans l'œil *B*. Ceci a lieu par l'application du miroir, dont la lumière réfléchie envoie de l'œil observateur dans l'œil observé un cône de rayons qui éclaire, simultanément avec ceux qui n'éclairent pas.

Ainsi éclairée, la pupille n'apparaît plus d'un noir pourpre, mais d'un jaune rougeâtre, et dans cet état de l'œil *B*, chaque point de sa partie dioptrique et catoptrique, jusqu'à la couche pigmentaire de la choroïde, peut être inspecté avec le secours d'appareils optiques appropriés.

Le professeur Helmholtz employait comme miroirs des verres planes bien taillés, sur lesquels n'agit qu'une source de lumière, dans un espace obscur, afin d'obtenir une lumière réfléchie intense pour l'œil à explorer. C'est par ces verres que l'œil subjectif le regarde. Mais cet appareil ne fournit pas toujours

de données suffisamment certaines, quelque expérimenté que soit le praticien qui s'en sert. Il offre un double inconvénient. D'une part, n'ayant pas d'étamage à sa surface postérieure, il laisse passer une partie de la lumière et en réfléchit une quantité d'autant moindre; il résulte de là que l'œil n'est plus suffisamment éclairé au-delà d'une distance très-limitée, et qui ne saurait être ni augmentée, ni diminuée. D'autre part, on est obligé de regarder à travers les plaques de verres elles-mêmes, ce qui nuit d'une manière notable à la perception distincte des images. Cet appareil, il est vrai, est aussi destiné à polariser la lumière; mais cette fonction n'est pas suffisante pour affaiblir sensiblement la réflexion qui s'opère sur la cornée et trouble l'image.

Afin d'éviter ces inconvénients, M. Ruete remplaça les miroirs planes par un miroir convexe, percé d'un trou dans son centre, et offrant une distance focale considérable, c'est-à-dire de dix pouces; ceux qui en ont une moindre, par exemple de six pouces, ne peuvent pas servir du tout. Mais on n'obtient pas ainsi l'image véritable, c'est-à-dire renversée, telle qu'elle se produit sur la rétine, et l'examen approfondi de l'image droite rencontre de nouvelles difficultés à cause des rapports inévitablement variables de la flamme, de la lentille, du réflecteur, et des deux yeux entre eux.

Nous omettons toute une série de modifications plus ou moins heureuses que le spéculum de l'œil a subies jusqu'à ce jour. Les instruments qui portent les noms du Dr Jaeger, de Vienne, et du Dr Liebreich, de Berlin, sont aujourd'hui les plus généralement adoptés en Allemagne. M. Schauenburg donne la préférence à l'ophthalmoscope de M. Zehender. En outre de ses autres qualités, il a l'avantage du bon marché : il ne coûte que vingt-cinq francs. Il est formé d'un petit miroir métallique, ayant un diamètre de quatorze lignes; à son centre existe une ouverture de deux lignes et dont les bords sont amincis. Cette dernière disposition fait que l'image spéculaire de la lampe qui sert à l'éclairage est maintenant située dans la plaine de l'image rétinienne antérieure, et qu'on évite l'influence perturbatrice qu'exerce l'épaisseur de la plaque de verre percée au

centre; car on ne regarde jamais a travers l'ouverture dans la direction de l'axe, mais toujours obliquement sous un angle plus ou moins grand.

Ce miroir est monté sur une tige en laiton, longue de vingt et une lignes, et qui, placée dans la coulisse d'une règle horizontale, peut facilement être rapprochée ou éloignée de l'œil qu'il s'agit d'examiner. Cette même règle, longue de dix-huit lignes, porte à son extrémité une autre tige, surmontée d'une lentille convexe. Le centre de la lentille est placé vis-à-vis du trou dont est percé le centre du miroir.

Enfin, M. le Dr Desmarres a rendu plus portatif encore cet instrument déjà fort simple. Ainsi modifié, il a la forme d'un grand lorgnon; l'observateur le tient d'une main devant son œil, pendant qu'à l'aide de l'autre main il tient une lentille convexe devant l'œil du patient.

Quel que soit l'ophthalmoscope dont on veut se servir, il faut qu'on soit assis, dans un appartement obscur, à quelques pouces du malade et à la même hauteur que lui. Une lampe, munie seulement de sa cheminée de verre, est placée du côté de l'œil à explorer, éloignée de quelques pouces seulement et à sa hauteur.

Nous ne saurions ici développer davantage ces indications. Les médecins qui voudraient approfondir ce sujet, pourront l'étudier dans les ouvrages dont les titres suivent :

E. Jaeger, *Ergebnisse der Untersuchung des menschlichen Auges mit dem Augenspiegel,* c'est-à-dire : *Résultats de l'exploration de l'œil humain au moyen de l'ophthalmoscope.* Vienne, 1855. — Van Trigt, *Der Augenspiegel, seine Anwendung und Modificationen,* etc., c'est-à-dire : *l'Ophthalmoscope, son emploi et ses modifications;* et *Mémoires sur le diagnostic des maladies du fond de l'œil,* trad. du hollandais en allemand, et augmenté de nombreuses additions par Schauenburg. 2e édit. Lahr, 1858. — Un Mémoire sur l'ophthalmoscope, par le Dr Liebreich, inséré dans le *Traité pratique des maladies de l'œil,* de Mackenzie, traduction française par MM. Warlomont et Testelin. Paris, 1857. — M. le Dr Dechambre a donné de ce travail des extraits, avec dessins, in : *Gazette hebdom.*, no 27. 1857.

Les prismes oculaires comme moyen curatif du strabisme. — M. Krecke, d'Utrecht (Hollande), fut le premier qui recommanda des verres de lunettes taillés en prismes, pour empêcher, pendant leur usage, les personnes affectées de strabisme d'être défigurées, et même, si cela était possible, pour guérir radicalement cette infirmité. Un des ophthalmologistes les plus célèbres, le professeur Donders, du même pays, cultiva eusuite ce sujet avec le zèle le plus soutenu. Grâce à lui, ainsi qu'aux travaux de MM. Wutzer, de Graefe, Ruete et d'autres encore, cette méthode a déjà pris une place importante dans la thérapie ophthalmologique.

Les prismes doivent être aussi achromatiques que possible, afin que, pendant leur emploi, on ne soit pas troublé par un rebord coloré, qui autrement entourerait l'objet regardé; ces verres seront montés à la manière des lunettes. Comme, dans les cas fréquents de strabisme divergent d'un faible degré, le rayon lumineux qui traverse le prisme est détourné vers la base, celle-ci, dans les lunettes, doit être placée du côté du nez. Sans cette précaution, le rayon qui part d'un point lumineux, et qui, dans un œil sain, va frapper la tache jaune, formerait son image en dehors de celle-ci. Avec cette précaution, il la formera plus près d'elle, ou sur elle-même, selon le degré de réfraction du prisme. Dans des conditions favorables et sous l'influence de l'action fortement excitée du muscle droit interne, le globe oculaire suit l'impulsion et se place dans la direction de l'axe.

Quoique les résultats obtenus jusqu'à présent laissent à désirer, ils sont cependant assez satisfaisants pour que, dans un cas donné, on ne doive pas négliger l'emploi d'un procédé aussi inoffensif. La base du prisme doit toujours être placée, dans les lunettes, du côté du muscle paralysé, et le prisme doit seulement être assez fort pour rapprocher l'image de la tache jaune dans l'œil strabique. Il apparaît alors naturellement du côté opposé une image double de cet œil; mais elle est si près de l'image normale, que la force musculaire n'éprouve plus autant de difficulté qu'auparavant à réunir les deux images; et c'est précisément cette plus grande facilité et cette excitation d'une

action musculaire accrue ou combinée qu'on se propose d'obtenir au moyen des prismes.

Voici le procédé que suit M. Ruete, lorsqu'il s'agit de choisir un prisme : on fait regarder au malade une lumière, placée devant un grand tableau, qui est divisé par des lignes blanches, marquées de chiffres. Cette lumière se trouvera à une distance de six à huit pieds du malade. S'il voit double, on se fait indiquer la distance des doubles images; on glisse ensuite devant l'œil louche un verre prismatique, ayant sa base vers le nez dans le strabisme divergent, vers la tempe dans le strabisme convergent; lorsque le malade louche en haut, le verre aura sa base en bas, et *vice versâ*. Si alors la double image de l'œil strabique se trouve considérablement rapprochée de la double image de l'œil sain, on peut considérer le prisme comme bien approprié. Si le rapprochement n'est pas assez marqué, il faut choisir un prisme plus fort. Mais si la double image de l'œil louche est rejetée du côté opposé de l'image de l'œil sain, ou bien si la double vue est immédiatement effacée par le prisme, celui-ci est trop fort.—Lorsque, le prisme ayant été bien choisi, la double vue s'équilibre après quelque temps, on échange ce prisme contre un autre plus faible, afin de produire de nouveau une faible vue double. Si la personne n'offre pas de double vue, l'on doit choisir un prisme qui provoque une telle vue avec une faible distance des images doubles. (*C.-H. Schauenburg, Ophthalmiatrik.* 2e édit., avec planches. Lahr, 1858. — *Froriep's Notizen,* t. IV, n° 7. 1858.)

M. Borchard.

Action de l'huile de foie de morue dans les maladies de poitrine. — Le docteur Smith a lu à la Société de Médecine de Londres, dans la séance du 31 octobre 1857, un Mémoire sur l'action de l'huile de foie de morue dans les maladies de poitrine. En voici les conclusions :

L'huile de foie de morue ni les graisses d'aucune sorte ne guérissent la phthisie.

Les cas où l'huile de foie de morue arrête la maladie sont très-rares.

Habituellement la phthisie suit son cours, et est aujourd'hui aussi fatale qu'avant l'introduction de l'huile de foie de morue. Cependant la marche de l'affection est retardée dans la moitié des cas environ.

L'huile fortifie et restaure le malade; mais la phthisie n'en chemine pas moins, quoique lentement.

Quand l'huile n'est pas supportée, c'est principalement à cause de son influence sur les organes digestifs.

Quand elle réussit, c'est surtout en améliorant la nutrition. Cependant, dans beaucoup de cas, les malades lui attribuent une action sur les organes respirateurs.

Cette influence locale s'exerce surtout sur le pharynx et les muqueuses pulmonaires.

L'huile agit presque entièrement comme corps gras; elle restitue à l'organisme un élément qui lui fait défaut.

Elle ne présente aucun avantage sur les graisses alimentaires; elle peut, comme celles-ci, être prise et rejetée.

Il y a beaucoup d'individus pour qui l'huile est nuisible; on ne doit pas la prescrire sans discernement.

L'huile de foie de morue est un aliment et non un médicament. Il ne faut pas permettre la confusion entre ces deux sortes d'agents.

Enfin, l'huile ne touche pas à l'essence de la maladie; mais l'amélioration très-notable qu'elle y apporte, prouve l'importance de la graisse dans l'économie animale.

VARIÉTÉS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Nous recevons communication des pièces suivantes, que nous nous empressons de publier.

Nous ne doutons pas que l'appel adressé par l'ancien Comité de Bordeaux, au nom du président de l'Association générale, ne soit entendu par la grande majorité de nos confrères. C'est une grande pensée de concorde et de véritable fraternité, c'est notre vœu le plus cher qui va se réaliser enfin par la fondation de l'Association médicale de la Gironde.

COSTES.

Paris, le 17 janvier 1859.

A M. le Dr Froin, Président, et à M. le Dr JEANNEL, *Secrétaire du Comité de Bordeaux pour l'Association générale des Médecins de France.*

MESSIEURS ET TRÈS-HONORÉS CONFRÈRES,

En vertu de l'art. 24 des Statuts de l'Association générale ainsi conçu (2e paragraphe) :

« Dès que des adhésions en nombre suffisant sont parve-
» nues au Conseil général, il provoque l'organisation de la
» Société locale, si l'initiative de cette organisation n'a pas
» été spontanément prise par les médecins du département
» ou de l'arrondissement. »

Le nombre des adhérents du département de la Gironde étant atteint et de beaucoup dépassé, je désire provoquer l'organisation de la Société locale de votre département. En conséquence, j'ai l'honneur d'inviter l'ancien Comité des Médecins de la Gironde à convoquer, dans un bref délai, les médecins du département qui ont adhéré ou qui ont l'intention d'adhérer à l'Association générale et désirent former une Société locale.

Permettez-moi, chers et honorés confrères, de compter sur le dévouement et le zèle dont vous avez déjà donné tant de

preuves, pour la réalisation de notre œuvre et l'emploi de toutes les mesures que vous croirez convenables pour hâter la fondation de votre Société locale.

Veuillez agréer la nouvelle assurance de ma considération distinguée et de mes sentiments dévoués.

Le Président de l'Association générale,

RAYER.

En conséquence, la lettre suivante va être adressée à tous les docteurs en médecine du département.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

M. Rayer, président de l'Association générale des Médecins de France, nous a chargés de réunir les médecins du département de la Gironde qui, ayant adhéré ou ayant l'intention d'adhérer aux Statuts de l'Association générale, désirent former une Association locale. En conséquence, vous êtes prié d'assister à l'Assemblée qui aura lieu dimanche 30 janvier 1859, à midi, dans l'amphithéâtre des Facultés, rue Montbazon.

Recevez, Monsieur et cher confrère, nos salutations empressées.

Le Président de l'ancien Comité de Bordeaux,

FROIN.

Le Secrétaire,

J. JEANNEL.

Programme de la séance :

Signature de l'acte d'adhésion à l'Association générale par les médecins qui n'ont pas encore adhéré.

Formation d'un Bureau provisoire sous la présidence du doyen d'âge.

Discussion des Statuts de l'Association locale, d'après le projet envoyé par le président de l'Association générale.

Constitution de l'Association départementale.

Formation, au scrutin, d'une liste de trois candidats pour la présidence (le président devant être nommé par l'Empereur).

Élection du vice-président, du secrétaire et du trésorier.

Élection de deux membres de la Commission administrative par arrondissement.

Une cérémonie intéressante au point de vue scientifique, et bien propre à encourager les études médicales, a eu lieu à l'hôpital Saint-André le 3 janvier courant.

Il s'agissait :

1° De la remise à M. Delmas, 1er interne, dont les fonctions ont pris fin le 31 décembre dernier, du prix fondé par M. Delord, et dont l'institution remonte à 1850;

2° De l'installation de M. Riquard, qui a été nommé à cet emploi pour l'année courante, et des internes et adjoints dont les fonctions ont commencé le 1er janvier;

3° De la distribution des récompenses accordées par suite du concours pour la place de 1er interne.

Cette cérémonie, à laquelle assistaient plusieurs membres de la Commission Administrative des Hospices, ainsi que la plupart des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-André, était présidée par M. Ruelle, administrateur des hospices.

On lira avec intérêt la remarquable allocution prononcée par cet administrateur, qui, pour la seconde fois, avait à prendre la parole en pareille circonstance :

« Messieurs,

» Nous allons procéder à la distribution du prix Delord
» et des récompenses accordées par l'art. 59 du règlement

» des hospices, ainsi qu'à l'installation du 1er interne et des » internes titulaires et adjoints nouvellement nommés.

» C'est à M. Delmas, 1er interne sortant, qu'est décerné » le prix Delord. Cette récompense indique assez comment » les services qu'il a rendus ont été appréciés par l'Admi- » nistration. Elle est la juste rémunération de ces servi- » ces, et le présage pour lui d'autres succès dans la carrière » qu'il va parcourir et où nous le suivrons avec intérêt.

» M. Riquard, qui lui succède comme 1er interne, doit » cette position au choix de la Commission Administrative » des Hospices, éclairé par un concours dans lequel il a » montré une instruction avancée et une grande clarté » d'exposition. Il saura joindre à ces avantages, nous n'en » doutons pas, l'activité, l'exactitude, la sagesse et l'aplomb » que réclament les nouvelles et parfois délicates fonctions » dont il est investi.

» Dans leur ensemble, les derniers concours relatifs à » l'internat ont été satisfaisants. Les élèves qui s'y sont pré- » sentés ont été plus nombreux qu'à l'ordinaire, et le ré- » sultat des épreuves a témoigné du progrès des études » médicales.

» L'Administration a donc tout lieu de croire que, sous » le rapport de la capacité, elle obtiendra de vous, Mes- » sieurs les Internes, de bons services, et elle aime à se » persuader que vous lui donnerez également des motifs » de satisfaction par votre déférence envers vos chefs, vo- » tre zèle pour le bien des malades, la régularité de votre » conduite et la gravité de votre tenue. Sans doute, cette » dernière qualité n'est pas l'apanage habituel de votre » âge, et l'on sait qu'en général messieurs les Étudiants y » prétendent peu; mais vous n'êtes pas des étudiants ordi- » naires; vous êtes presque des médecins ou des chirur- » giens, puisque vous servez d'aides et d'auxiliaires à MM.

» les Médecins et Chirurgiens chefs de service, et que vous » les remplacez même quelquefois. Aujourd'hui, la gravité » vous est commandée par vos relations incessantes avec les » saintes filles qui concourent à la même mission que vous, » et par le spectacle des malheureux qui peuplent cet asile » de la souffrance. Plus tard, le monde vous l'imposera » comme condition expresse d'une bonne position médi- » cale. Efforcez-vous donc, par devoir comme dans votre » intérêt même, d'en contracter dès à présent l'habitude.

» Je n'entrerai pas ici, Messieurs, dans le détail de tou- » tes les obligations que vous avez à remplir au point de vue » médical; je me bornerai à appeler particulièrement votre » attention et votre sollicitude sur le service nocturne. Des » mesures ont été prises pour que la porte de cet hôpi- » tal s'ouvre sans retard aux malades qui s'y présentent » pendant la nuit. Vous devrez, pour ce qui vous concerne, » veiller à ce que les soins urgents, qui peuvent être alors » réclamés par l'état de ces malades, soient toujours prompts » et complets.

» Je termine, Messieurs, cette courte allocution par une » recommandation qui sera en même temps un éloge : il » s'agit de la bonne harmonie, de la cordiale entente que » l'on a vu régner entre vous. Maintenez, Messieurs, cette » louable et douce confraternité et conservez-en toujours » l'esprit. Bientôt vous trouverez dans le monde d'autres » collègues, d'autres concurrents. Devenez leurs rivaux; » mais seulement leurs rivaux de science, d'amour du bien » et de désintéressement. Ne soyez jamais leurs ennemis. » Appelés à guérir les infirmités physiques de la triste hu- » manité, sachez vous garantir soigneusement de ses plus » déplorables infirmités morales : l'envie, la jalousie et la » haine. C'est ainsi que vous contribuerez à faire honorer » ce corps médical dont vous serez membres, et que vous

» obtiendrez personnellement la considération méritée qui » s'attache à la science unie à la bienveillance et à la modération. »

CHRONIQUE.

HOSPICES CIVILS DE BORDEAUX.

Concours public pour la place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André.

La place de chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André est mise au concours, et les épreuves commenceront le 14 mai prochain.

Conformément aux dispositions du règlement du 14 décembre 1855 et de la délibération du 23 décembre 1858, les concurrents déposeront au secrétariat de l'Administration des Hospices, rue de Cheverus, 13, avant le 29 avril :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins 25 ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français, et un certificat de bonnes vie et mœurs;

2° Leur diplôme constatant qu'ils sont docteurs en médecine ou en chirurgie de l'une des Facultés françaises, et une note des titres scientifiques qu'ils peuvent faire valoir;

3° L'engagement de se conformer aux règlements du service de santé des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

Le jury, composé des chefs de service de l'hôpital Saint-André et de quatre chirurgiens honoraires, prononcera sur :

1° Une dissertation orale relative à un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe;

2° Une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie;

3° Une épreuve clinique ayant pour objet deux malades choisis dans les salles de chirurgie;

4° Deux opérations pratiquées sur le cadavre, avec démonstration.

Les mêmes sujets seront traités par tous les concurrents. Il

est accordé six heures pour la composition écrite; une heure pour la dissertation verbale, précédée d'une demi-heure de réflexion; une heure pour l'épreuve clinique, et une heure pour les deux opérations chirurgicales.

Pendant la durée de ses fonctions, le chirurgien adjoint remplacera le chirurgien titulaire en cas d'absence, et fera, aux époques qui lui seront assignées par le règlement, le service des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf dans le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois, et le service des admissions conformément aux articles 17 et 30 du règlement précité.

Bordeaux, le 3 janvier 1859.

L'Administrateur délégué, G. RUELLE.

Le Secrétaire, A.-F. DUBEDOUT.

Notre honorable confrère M. le Dr Rollet, médecin en chef de l'Hôpital militaire de Bordeaux, vient d'être promu officier dans l'ordre de la Légion-d'Honneur.

— M. Jeannel, notre honorable collaborateur, pharmacien en chef à l'Hôpital militaire de Bordeaux, est nommé pharmacien principal de 1re classe.

RESUMÉ MÉTEOROLOGIQUE

(de Décembre 1858).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS.
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	8	11	10	768	764,5	Ouest	Pluie.	Pluie assez abondante.
2	10	13	8	766	767	Ouest	Couv.	Pluie dans la journée.
3	6,5	10,5	6	768,5	767	Nord.	Beau.	T. frais, couv. le mat.
4	2	10	6	767	766	Nord.	Beau.	Épais brouil. le matin.
5	6	10	7	766	765	N.-O	Beau.	Un peu de pluie le soir.
6	4	8	6	765	764	N.-O	Couv.	Forte pluie le soir.
7	4,5	7	6	764	765	N.-O	Couv.	Un peu de pluie le soir.
8	5	6,5	5	767	767	N.-O	Couv.	Ciel brumeux.
9	3,5	6	5	767	767	Nord.	Couv.	*Idem.*
10	3	5	3	767	767	Nord.	Couv.	*Idem.*
11	3	6	2	766	766	Nord.	Couv.	*Idem.*
12	0	+0,5	1	765	764	Est.	Couv.	Temps froid.
13	3	7,5	5,5	763	764	Ouest	Couv.	Le t. se ramol., pl. le s.
14	5,5	7	. 5	765	766	Ouest	Couv.	Il a plu la nuit.
15	5	6	4	767	767	Nord.	Beau.	Très-belle journée.
16	5	7	5	764	762	Sud.	Couv.	
17	3	7	5	761	761	Sud.	Beau.	Jolie journée.
18	7	10,5	9	762	762	S.-O	Beau.	*Idem.*
19	8	13	10	762	762	S.-O	Pluie.	Pluie abondante.
20	9	13	11	762	762,5	Ouest	Pluie.	Très-vilaine journée.
21	10	13,5	12	766	767	Ouest	Pluie.	*Id.* très-forte humidité.
22	11	13	10,5	767	765	Ouest	Pluie.	*Idem.*
23	8,5	13	10	765	764,5	Ouest	Couv.	Moins d'humidité.
24	10	13,5	10	761	764	N -O	Beau.	Jolie journée.
25	5,5	13	10	763	763	S.- O	Couv.	Ouragan et grêle le soir.
26	10	10,5	10	762	760	S.- O	Pluie	Vent violent continuel.
27	10	13	10	760	760	S.- O	Pluie.	Vent impétueux.
28	10	11,5	10	762	763	N.-O	Couv.	Le t. ch., pl. dans la j.
29	8	9,5	7	763	763	Nord.	Beau.	Ciel nuageux.
30	7	9	6	763	763,5	Nord.	Beau.	*Idem.*
31	5	6	3	764	764	Nord.	Beau	*Id.* un peu de pl. le s.

Résumé des observations météorologiques de Décembre 1858

THERMOMETRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	11° le 22.	13°5 les 21 et 24.	12° le 21.
Moindre............	—0° le 12.	+0°5 le 12.	1° le 12.
Moyen..............	6°5 le 8.	9°5 le 29.	7° les 5 et 29.

Chaleur du milieu du jour : 7 jours de +0°5 à 6°5 ; 24 jours de 7° à 13°5.

BAROMÈTRE.

Maximum....................	768,5 mill. le 3.
Minimum....................	760 mill. les 26 et 27.
Medium.....................	764,5 mill. les 1er et 23.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord......... 9 fois.

nord-ouest..	6	»
ouest........	8	»
sud-ouest....	5	»
sud..........	2	»
nord-est.....	»	»
sud-est.....	»	»
est..........	1	»

VENTS DOMINANTS : Nord et ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 10.
couverts...... 14.
pluie.......... 7.
glace.......... »

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de décembre a été généralement brumeux et humide. Si les pluies n'ont pas été très-fréquentes, elles sont tombées avec abondance à plusieurs reprises. Vers la fin du mois, elles ont été accompagnées de vents violents de sud-ouest qui ont produit de véritables tempêtes, dont l'influence s'est fait sentir fort loin. Il est à remarquer que cette tempête a peu réagi sur la colonne mercurielle, qui s'est maintenue pendant ce temps à la hauteur moyenne de 760 millimètres. Du reste, la moyenne de tout le mois est de 764 millimètres, ce qui indique que le baromètre a obéi presque tout le mois à une assez forte pression. La température a été assez modérée ; on ne compte pas de jours de glace.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES CHIMIQUES

sur le rôle des corps gras dans l'absorption et l'assimilation des oxydes métalliques;

Par le Dr JEANNEL, professeur à l'École de médecine de Bordeaux;
Pharmacien principal des hôpitaux militaires.

Mémoire présenté à l'Académie des Sciences, dans la séance du 27 décembre 1858.

Lorsqu'un sel métallique en solution aqueuse est mis en contact avec les membranes absorbantes d'un animal vivant, on peut d'abord observer deux ordres de faits : 1° ou bien il se produit une escharre par suite des affinités chimiques des éléments minéraux pour les éléments constitutifs des tissus : c'est ce qui a lieu par le contact d'un grand nombre de sels métalliques en solution concentrée; 2° ou bien le tissu vivant résiste aux affinités chimiques des éléments minéraux; alors la solution traverse les membranes, elle est absorbée et passe dans le sang : c'est ce qui arrive toujours lorsqu'elle est suffisamment étendue.

On conçoit d'ailleurs, entre l'escharrification des membranes et l'absorption pure et simple sans phénomènes pathologiques locaux, une infinité de degrés intermédiaires caractérisés par une perturbation plus ou moins notable de l'état physiologique des membranes absorbantes : contraction fibrillaire, astriction ou bien douleur, stimulation, hyperémie, phlogose.

Lorsqu'on s'est proposé d'introduire dans le sang un

agent médicamenteux métallique, afin d'obtenir les modifications fonctionnelles qu'on est convenu d'appeler effets dynamiques, tout le monde reconnaît qu'il est de première nécessité d'éluder autant que possible l'action locale de cet agent; la dilution est pour cela d'une grande utilité sans doute; mais la combinaison avec les substances organiques rend des services encore plus importants, et les thérapeutistes recherchent les composés organiques, les considérant avec raison comme moins irritants pour les surfaces absorbantes, et plus facilement assimilables que les composés minéraux. Les oxydes métalliques, en s'engageant dans des combinaisons organiques en dehors de la vie, se sont par là rapprochés de l'organisation vivante.

Mais qu'arrive-t-il à la solution aqueuse d'un sel minéral qui, après avoir traversé l'estomac, pénètre dans l'intestin, ou qui, après avoir traversé les membranes, se mêle avec le sang? Qu'arrive-t-il, en un mot, aux solutions métalliques lorsqu'elles se trouvent intimement mélangées avec les liquides alcalins de l'organisme? Telles sont les questions principales que je me propose d'étudier dans le présent travail. Je sais qu'il faut se garder de conclure trop précipitamment, des réactions grossières que nous provoquons de nos mains aux élaborations délicates dans leur lenteur et puissantes dans leur continuité qui se produisent sous l'influence de la vie; cependant, certains phénomènes se présentent avec un tel caractère de constance et de netteté, dans certaines conditions évidemment rapprochées de celles qui se trouvent réunies dans les organes vivants, qu'ils imposent pour ainsi dire à notre

esprit une théorie du mécanisme organique. M'appuyant d'abord sur les données que possède la science touchant la composition des liquides intestinaux et du sang, puis sur les expériences que j'ai exécutées, j'espère qu'il me sera permis d'aborder le problème de la transformation des sels métalliques au sein des organes, sinon de le résoudre d'une manière absolue.

Selon M. Mialhe, les sels métalliques agissent de deux manières distinctes : « les uns : les sels de zinc, » d'étain, de fer, de bismuth, de cuivre, d'anti- » moine, etc., décomposés par les bases alcalines con- » tenues dans le sang, produisent leur action à l'état » d'oxyde de carbonate ou d'albuminate; les autres : » les sels de plomb, de mercure, d'argent, d'or, de » platine, sont également décomposés par les alcalis; » mais l'oxyde mis en liberté est ensuite transformé » par les chlorures potassique, sodique et ammonique » existant dans les liquides animaux en chlorures dou- » bles [1].

On ne peut se refuser à reconnaître avec tous les chimistes que la décomposition des sels métalliques par les carbonates alcalins du sang est nécessaire et forcée; mais est-il possible d'admettre avec M. Mialhe que les oxydes métalliques dégagés de leur combinaison avec les acides par les carbonates alcalins du sang produisent leur action, soit à l'état d'oxydes de carbonates ou d'albuminates, soit à l'état de chlorures doubles?

L'ingénieux observateur que je viens de citer, lorsqu'il cherche à expliquer le rôle des bi-carbonates

[1] V. Mialhe, *Chimie appliquée*, p. 567.

alcalins[1] et l'absorption des oxydes métalliques, néglige, comme tous les chimistes qui l'ont précédé, les matières grasses, qui sont pourtant de véritables dissolvants des oxydes métalliques possédant à un degré remarquable la propriété de masquer les affinités en raison desquelles ces oxydes tendent à réagir chimiquement.

Peut-être les expériences dont je vais rendre compte serviront-elles à éclairer le rôle fort obscur jusqu'ici des corps gras acides ou neutres du sang dans l'absorption et l'assimilation des oxydes métalliques[2].

Elles contribueront peut-être aussi à justifier d'un point de vue nouveau les opinions émises par M. Arthaud[3], adoptées par Dupasquier[4], et plus tard deve-

[1] V. Mialhe, *Rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale*. — *Union Médic.*, 7 août 1856.

L'existence du carbonate de soude dans le sang a été rigoureusement démontrée par Lehmann. La proportion est, d'après ce chimiste, de 0,1628 pour 1000. — (V. Robin et Verdeil, *Chimie anatomique*, t. II, p. 257.) — Le sang lui doit son alcalinité. — (P. 260.) — Le bi-carbonate de soude se forme par combinaison de l'acide carbonique du sang aux carbonates de soude que renferme ce liquide. — (V. p. 266.)

[2] Voici les proportions de matières grasses trouvées dans le sang par divers auteurs cités par MM. Robin et Verdeil. — (V. ouv. cité, t. III, p. 4.)

Sérum du sang (moyenne)........	1,72 p. 100	Lehmann.
Globules....... *id.*	3,31 —	Lehmann.
La totalité des principes gras et savons du sang.................	1,60 p. 1000	Becquerel et Rodier.
Sang normal................	5,15 —	Lecanu.
Id. *Id.*	8,65 —	Denis.

[3] *De la valeur hygiénique que l'on doit attribuer à la présence ou à l'absence de certaines substances salines dans les eaux potables.* — Bordeaux, 1838.

[4] *Des eaux de source et des eaux de rivière.* — Lyon, 1840.

nues classiques, sur le rôle hygiénique du bi-carbonate calcaire, qui est en réalité un aliment minéral. Elles prouveront du moins ce fait singulier, que le bi-carbonate de chaux des eaux potables peut devenir, dans les expériences de laboratoire, l'intermédiaire de la dissolution des oxydes métalliques dans les huiles.

En un mot, j'espère démontrer que plusieurs sels importants que j'ai pris pour types : le sulfate ferreux, le sulfate ferrique, le sulfate ferrico-potassique, le sulfate cuivrique, le bi-chlorure, le bi-iodure et le proto-chlorure de mercure, étant décomposés par le bi-carbonate de chaux des eaux potables, par les carbonates ou les bi-carbonates alcalins en solution étendue, ou par les carbonates des liquides animaux alcalins en présence des huiles grasses, celles-ci dissolvent une proportion quelquefois considérable des bases métalliques, surtout à la température de l'organisme.

Je ferai d'abord observer que les sels métalliques introduits dans l'estomac, s'ils résistent à l'action dissolvante des liquides acides de la première digestion, et s'ils ne sont pas absorbés avec l'eau des boissons, doivent nécessairement passer dans l'intestin et y subir l'action décomposante des liquides alcalins en présence des matières grasses; or, les oxydes contractent avec ces matières des combinaisons facilement tolérées par les tissus et qui peuvent être absorbées sous la forme émulsive, ainsi que je le démontrerai dans un autre Mémoire.

Enfin, je vois dans le sang liquide, à la fois alcalin et gras, les éléments qui, réunis artificiellement dans mes expériences, transforment les sels minéraux dissous dans l'eau en oléo-stéarates ou oléo-margarates,

et je suis entraîné à croire que les sels gras sont la forme définitive que prennent les sels métalliques, soit qu'ils passent directement dans le sang à l'état de dissolution aqueuse étendue, soit qu'ils subissent une décomposition de la part des liquides intestinaux alcalins : ce serait donc sous la forme de sels gras qu'il serait rationnel d'administrer les agents métalliques lorsqu'on se propose de ménager l'irritabilité des surfaces et d'obtenir des effets constitutionnels.

Incidemment, je prouverai qu'une dissolution étendue de bi-carbonate de soude décompose le calomel et en dissout le mercure bien plus activement qu'une dissolution beaucoup plus chargée de chlorure de sodium, et que l'huile grasse est un réactif d'une exquise sensibilité pour rendre apparentes les plus minimes proportions de cuivre que l'eau contient à l'état de sel soluble.

§ I. — *Dissolution du fer dans l'huile par l'intermédiaire du bi-carbonate de chaux des eaux potables et du bi-carbonate de soude.*

N° 1. J'ai fait dissoudre cinq décigrammes de sulfate ferreux dans un litre d'eau commune. Il s'est fait un abondant précipité couleur de rouille. J'ai ajouté dix grammes d'huile grasse [1]. J'ai fait digérer à + 40° pendant une heure, en agitant de temps en temps. Après quelques minutes de repos, l'huile est revenue à la surface, entraînant avec elle la majeure partie du

[1] Je me suis servi, dans toutes mes expériences, d'huile d'arachides, mais je me suis assuré que les résultats sont pareils avec l'huile d'olives et l'huile d'amandes ; l'huile de foie de morue possède une propriété dissolvante plus considérable encore que les huiles végétales.

précipité, qui la rendait tout à fait trouble. Après avoir laissé refroidir, j'ai filtré à travers un très-petit filtre de papier fin. L'eau a passé rapidement, et l'huile a été retenue sur le filtre avec le précipité. Le papier s'étant desséché à l'air libre, l'huile a commencé à passer; je l'ai recueillie à part; cette dernière filtration était achevée au bout de quarante-huit heures. L'huile, parfaitement limpide, était d'un brun clair; elle avait une odeur et une saveur rance particulière, désagréable, comme savonneuse, nullement métallique. Cinq grammes de cette huile, brûlés dans une capsule de platine, ont donné un résidu de peroxyde de fer pesant sept milligrammes et demie; par conséquent, les dix grammes d'huile avaient dissous, par l'intermédiaire du bi-carbonate de chaux, $0^{gr}0105$ (cent cinq dix-milligrammes) de fer métallique. Agitée avec de l'eau aiguisée d'acide sulfurique et avec quelques gouttes de sulfhydrate d'ammoniaque, cette huile est devenue complétement noire, d'un noir vert. En résumé, elle ressemblait parfaitement à l'huile dans laquelle j'avais fait dissoudre directement de l'oléo-stéarate de peroxyde de fer préparé par double décomposition, et que j'avais laissée éclaircir par un long repos.

N° 2. J'ai fait le mélange suivant :

Limaille de fer............	2 grammes.
Eau commune.............	1 litre.
Huile.....................	10 grammes.

Après vingt-quatre heures de digestion à la température de + 40°, et agitée de temps en temps au contact de l'air, la limaille s'est rouillée; l'huile, sé-

parée et filtrée comme dans l'expérience précédente, avait les mêmes propriétés physiques et la même composition chimique.

N° 3. J'ai fait dissoudre cinq décigrammes de sulfate ferreux dans cent grammes d'eau distillée; j'ai ajouté cinq décigrammes de bi-carbonate de soude et dix grammes d'huile. Il s'est fait un abondant précipité d'un blanc verdâtre, qui est devenu d'un vert sale par l'agitation. En même temps, ce précipité a été entraîné par l'huile à la surface. Au bout de quarante-huit heures de contact à la température ordinaire, le mélange étant souvent agité à l'air, le précipité, toujours retenu par l'huile, est devenu couleur de rouille. La filtration exécutée alors comme il a été dit ci-dessus (N° 1), a donné, comme précédemment, de l'huile chargée de fer. Cinq grammes de cette huile, brûlés dans une capsule de platine, ont laissé un résidu de peroxyde de fer pesant quatorze milligrammes. Par conséquent, les dix grammes d'huile avaient dissous 0gr0196 (cent quatre-vingt-seize dix-milligrammes) de fer métallique par l'intermédiaire du bi-carbonate de soude.

N° 4. J'ai fait dissoudre un gramme de solution de sulfate ferrique à 30° B. dans cent grammes d'eau distillée; j'ai ajouté un décigramme de bi-carbonate de soude et dix grammes d'huile. Le résultat, après une heure de digestion à + 40°, a été de l'huile ferrée de couleur fauve, et devenant noire par le sulfhydrate d'ammoniaque.

N° 5. Cinq décigrammes de tartrate ferrico-potassique avec cinq décigrammes de bi-carbonate de soude et dix grammes d'huile ont donné un résultat pareil.

§ II. — *Dissolution de l'oxyde de cuivre dans l'huile, par l'intermédiaire du bi-carbonate de chaux des eaux potables.*

La solution d'oléo-stéarate de cuivre dans l'huile est très-fortement colorée : un dix-millième d'oxyde de cuivre dans l'huile la colore en vert; et comme l'huile recueille l'oxyde de cuivre dans les solutions aqueuses carbonatées très-étendues, il en résulte qu'elle doit être considérée comme susceptible de déceler le cuivre dans les liquides aqueux qui n'en contiennent que des traces à peine appréciables, pourvu que ces liquides soient additionnés de bi-carbonate de chaux ou de carbonates alcalins.

N° 6. En agitant fortement dix grammes d'huile avec un litre de l'eau potable consommée à l'hôpital militaire de Bordeaux, préalablement filtrée au papier, j'ai vu revenir l'huile à la surface avec une nuance d'un vert tendre tout à fait caractéristique; or, le cuivre n'a jamais été constaté dans aucune eau potable, et la présence de ce métal dans l'eau de l'hôpital militaire ne peut s'expliquer que par la circulation et le séjour de cette eau, très-riche en carbonate de chaux, dans de longs tuyaux de cuivre qui d'abord l'amènent dans un réservoir installé à l'étage supérieur, puis la distribuent dans les diverses dépendances de l'établissement.

N° 7. J'ai fait dissoudre à froid cinq milligrammes de sulfate de cuivre dans mille grammes d'eau non cuivreuse provenant des nouvelles fontaines de la ville de Bordeaux, il ne s'est produit aucun trouble apparent;

j'ai ajouté dix grammes d'huile. Après agitation du mélange, l'huile est revenue avec une teinte vert-pomme : elle avait recueilli le carbonate de cuivre dissous dans la masse de l'eau à la faveur de l'acide carbonique et des autres sels, et elle avait dissous l'oxyde.

N° 8. Un décigramme de sulfate de cuivre dans un litre d'eau potable produit un léger trouble d'un vert très-clair; dix grammes d'huile, agités à froid, recueillent la majeure partie de ce précipité, et lorsque l'huile est rassemblée, elle se montre d'un beau vert dragon.

§ III. *Dissolution de l'oxyde de cuivre dans l'huile par l'intermédiaire du bi-carbonate et du carbonate de soude.*

N° 9. J'ai fait dissoudre à froid un gramme de sulfate de cuivre dans cent grammes d'eau distillée; j'ai ajouté vingt grammes d'huile. Après une agitation prolongée, l'huile pure s'est séparée de la solution cuivrique; il ne s'était produit, comme je devais m'y attendre, aucune réaction. Alors j'ai ajouté bi-carbonate de soude un gramme [1]. Le sel alcalin a déplacé l'oxyde de cuivre sous forme de carbonate. Mélangé intimement par l'agitation, ce carbonate a réagi sur une partie du corps gras; l'excès d'huile est venu surnager en grumeaux fortement colorés en vert. L'eau était décolorée. Le mélange ayant été chauffé à + 40°, l'huile s'est éclaircie; elle était fortement colorée en vert dragon. L'excès de carbonate de cuivre qui ne s'était pas dissous adhé-

[1] L'équivalent du sulfate de cuivre étant 996, et celui du bi-carbonate de soude 1050, on voit qu'après la double décomposition il ne pouvait rester que fort peu de cuivre en dissolution.

rait au corps gras et formait une couche mince opaque et d'un vert clair, qui séparait l'huile limpide et d'un vert foncé, de l'eau incolore.

N° 10. J'ai fait dissoudre à froid, dans cent grammes d'eau distillée, 1gr79 (un équivalent) de carbonate de soude cristallisé; j'ai ajouté dix grammes d'huile, qui se sont émulsionnés par l'agitation. A cette émulsion j'ai ajouté 0gr99 (un équivalent) de sulfate de cuivre. Le sel de cuivre a détruit l'émulsion, l'huile n'a pas tardé à venir surnager : elle était fortement colorée en vert; l'eau était limpide et décolorée.

N° 11. J'ai fait dissoudre à froid, dans cent grammes d'eau distillée, un gramme de sulfate de cuivre; j'ai ajouté un gramme de bi-carbonate de soude et un gramme de chlorure de sodium; l'oxyde de cuivre a passé dans l'huile. La présence du chlorure de sodium n'a rien changé à la marche de la réaction.

§ IV. — *Dissolution de l'oxyde de cuivre dans l'huile, par l'intermédiaire des liquides animaux alcalins.*

N° 12. J'ai fait à froid le mélange suivant :

Sérum du sang............	100	grammes.
Eau distillée..............	150	—
Sulfate de cuivre..........	5	décigram.
Huile....................	25	grammes.

Après une vive agitation, ce mélange ayant été abandonné au repos, l'huile, fortement colorée en vert dragon, est venue se rassembler à la surface en gros globules verts entraînant beaucoup d'albumine coagulée; peu à peu il s'est fait un abondant précipité albumineux

d'un blanc-verdâtre. Après une heure de digestion à + 40°, l'huile a commencé à s'éclaircir; je l'ai séparée au moyen d'une pipette et je l'ai filtrée. J'ai brûlé, dans une capsule de platine, trois grammes de cette huile, qui ont laissé un résidu d'oxyde noir de cuivre pesant dix milligrammes.

Par conséquent, vingt-cinq grammes d'huile ont enlevé à cinq décigrammes de sulfate de cuivre, par l'intermédiaire du sel alcalin contenu dans cent grammes de sérum du sang, la quantité de 0gr088 (quatre-vingt-trois milligrammes) d'oxyde de cuivre; c'est-à-dire qu'il y a eu le tiers du sulfate de cuivre converti en sel gras.

Le lait, l'albumine de l'œuf, la bile, le chyme trouvés dans le duodénum d'un homme mort de mort violente, ont déterminé le passage dans l'huile d'une quantité d'oxyde de cuivre qui a paru proportionnelle à leur alcalinité.

N° 13. J'ai repris le précipité verdâtre d'albuminate de cuivre provenant de l'expérience précédente. Après l'avoir lavé sur un filtre, je l'ai délayé dans cent grammes d'eau rendue alcaline par cinq décigrammes de bi-carbonate de soude; j'ai ajouté dix grammes d'huile. Sous l'influence du bi-carbonate alcalin, l'oxyde de cuivre a abandonné l'albumine, et il est passé en dissolution dans l'huile, ce que rendait manifeste la coloration verte de celle-ci.

N° 13. J'ai varié la précédente expérience de la manière suivante : J'ai délayé un blanc d'œuf dans cent grammes d'eau, j'ai ajouté un gramme de sulfate de cuivre en dissolution dans dix grammes d'eau. L'al-

bumine s'est coagulée; je l'ai lavée à grande eau sur un filtre pour enlever le sulfate de cuivre en excès. Après ce lavage, j'ai repris deux grammes de ce précipité albumineux cuivrique encore humide, qui était d'un vert clair; je les ai délayés dans cent grammes d'eau distillée, et j'ai ajouté dix grammes d'huile. Après agitation, cette huile, revenue à la surface, avait déjà dissous un peu de cuivre; mais lorsque j'ai ajouté un décigramme de bi-carbonate de soude, l'oxyde de cuivre, qui était retenu par l'albumine, a été déplacé et il s'est dissous dans l'huile, qui, après agitation, est apparue colorée en vert.

§ V. — *Dissolution dans les huiles, de l'oxyde de mercure provenant de la décomposition du bi-chlorure, par l'intermédiaire du bi-carbonate de chaux des eaux potables, du carbonate et du bi-carbonate de soude.*

N° 15. J'ai fait dissoudre dans un litre d'eau commune deux décigrammes de bi-chlorure de mercure; j'ai ajouté vingt grammes d'huile. Après une heure de digestion à + 40°, j'ai séparé l'huile et je l'ai filtrée, comme il a été expliqué ci-dessus (*V.* Exp. N° 1). Cinq grammes de cette huile, parfaitement limpide et incolore et sans saveur métallique, ayant été agités avec vingt grammes d'eau aiguisée d'acide sulfurique, puis avec quelques gouttes de sulfhydrate d'ammoniaque, ont pris une coloration noire foncée au moins égale à celle que prend dans les mêmes circonstances de l'huile préparée directement, et contenant un cinq-centième d'oxyde de mercure à l'état d'oléo-stéarate; par conséquent, les vingt grammes d'huile employés dans cette

expérience ont dissous au moins quatre centigrammes d'oxyde de mercure.

— Il est à peu près impossible de séparer par filtration le sulfure de mercure de l'huile qui le tient en suspension. L'huile passe, entraînant toujours une partie de précipité qui la colore en brun. Il en est de même lorsque cette huile est dissoute dans un grand excès d'éther. Pour doser exactement le mercure de ce sulfure en suspension dans l'huile, il faudrait brûler celle-ci tout entière par l'oxyde de cuivre additionné de chaux sodée dans un tube à analyse organique, et se débarrasser de l'eau par un courant d'hydrogène sec; encore il y aurait des chances d'erreur pour les très-petites doses, à cause de la grande quantité de vapeur d'eau résultant de la combustion de l'huile, et qui entraînerait une partie des vapeurs mercurielles. J'ai tourné la difficulté par le procédé suivant, qui m'a permis d'obtenir rapidement un dosage suffisamment exact, surtout pour les très-faibles quantités :

J'ai préparé directement de l'oléo-stéarate de mercure par un mélange d'acides stéarique et oléique, et d'oxyde de mercure dans le rapport de neuf d'acides gras pour un d'oxyde rouge de mercure. La combinaison s'opère avec la plus grande facilité sur l'eau bouillante [1]. Au moyen de cet oléo-stéarate contenant un dixième d'oxyde de mercure, j'ai préparé une série de dissolutions huileuses titrées, contenant un centième, un cinq-centième, un millième, un quinze-centième, un deux-millième, etc., etc., jusqu'à un dix-millième d'oxyde de mercure; puis j'ai pesé cinq grammes de chacune de ces huiles, et je les ai agités d'abord avec de

[1] V. *Journal de Médecine de Bordeaux,* déc. 1858. *Combinaisons des oxydes de mercure avec les acides oléique et stéarique,* par M. J. Jeannel, p. 734.

l'eau aiguisée d'acide sulfurique, puis avec huit gouttes de sulfhydrate d'ammoniaque. L'huile à un centième a pris une teinte d'un noir très-foncé; l'huile au cinq-centième une teinte noire moins foncée, etc.; et cette teinte formant une gamme décroissante jusqu'à l'huile au dix-millième, il m'a suffi de comparer, après l'action des mêmes réactifs, la teinte prise par cinq grammes des huiles mercurielles obtenues dans mes diverses expériences, et dont je désirais apprécier la richesse en mercure. Ce procédé n'est peut-être pas rigoureusement exact, surtout pour les huiles contenant des centièmes d'oxyde de mercure, à cause de l'intensité de la teinte noire qu'elles prennent; mais pour les huiles contenant des fractions d'oxyde de mercure plus petites que le millième de leur poids, il devient tout à fait commode, et il m'a paru permettre d'apprécier la richesse à un demi-millième près.

N° 16. J'ai fait dissoudre séparément, dans cinquante grammes d'eau distillée, deux décigrammes de bi-chlorure de mercure et deux décigrammes de carbonate de soude cristallisé; j'ai mêlé les deux solutions : il s'est produit un précipité rouge; j'ai ajouté vingt grammes d'huile. Après l'agitation du mélange, le précipité mercuriel recueilli par l'huile est venu se rassembler avec elle en totalité à la surface. Au bout de trois heures de digestion à la température de + 40°, le précipité mercuriel était presque dissous, sa couleur rouge avait disparu, l'huile était seulement troublée par une très-petite quantité de matière blanche.

Cette huile ayant été séparée et filtrée comme pour l'expérience N° 1, cinq grammes, traités par l'acide sulfurique étendu et par le sulfhydrate d'ammoniaque, sont devenus d'un noir foncé, de même nuance que

l'huile contenant un deux-centième d'oxyde de mercure; par conséquent, les vingt grammes employés dans cette expérience avaient dissous, par l'intermédiaire du carbonate de soude, un décigramme d'oxyde de mercure.

N° 17. J'ai fait dissoudre séparément, dans cinquante grammes d'eau distillée, deux décigrammes de bi-chlorure de mercure et deux décigrammes de bi-carbonate de soude : il ne s'est pas produit de précipité; j'ai ajouté dix grammes d'huile. Après agitation à froid, cette huile s'est rassemblée en grumeaux blancs. J'ai versé le tout sur un petit filtre, et l'eau étant écoulée, j'ai favorisé la filtration de l'huile par la chaleur dans l'étuve à + 40°. Cette huile limpide, traitée par l'acide sulfurique et le sulfhydrate d'ammoniaque, a pris une couleur noire, pareille à celle que prend, en présence des mêmes réactifs, l'huile contenant un centième d'oxyde de mercure. Par conséquent, les dix grammes d'huile avaient dissous un décigramme d'oxyde de mercure.

N° 18. J'ai fait dissoudre, dans cinquante grammes d'eau distillée, deux décigrammes de bi-chlorure de mercure; j'ai ajouté deux décigrammes de bi-carbonate de soude et deux décigrammes de chlorure de sodium; j'ai ajouté dix grammes d'huile. Après agitation et digestion d'une heure à + 40°, l'huile, séparée et filtrée (*V.* Exp. N° 1), a été traitée par l'acide sulfurique étendu et par le sulfhydrate d'ammoniaque; elle a donné la même nuance noire que l'huile contenant un cinq-centième d'oxyde de mercure. La présence du chlorure de sodium avait nui sensiblement à la dissolution de l'oxyde de mercure dans l'huile. (*V.* Exp. précédente.)

§ VI. — *Dissolution de l'oxyde de mercure provenant de la décomposition du bi-chlorure, par l'intermédiaire des liquides animaux alcalins.*

N° 19. J'ai fait dissoudre, dans soixante-quinze grammes d'eau distillée, deux décigrammes de bi-chlorure de mercure; j'ai ajouté soixante-quinze grammes de sérum du sang et quinze grammes d'huile. Après agitation, le mélange ayant été mis en digestion à + 40° et laissé en repos, l'huile s'est rassemblée à la surface; elle a été recueillie au moyen d'une pipette et filtrée. Cette huile incolore et limpide a donné, par l'acide sulfurique et le sulfhydrate d'ammoniaqne, le même indice de coloration que l'huile contenant un cinq-centième d'oxyde de mercure. Par conséquent, les quinze grammes d'huile avaient dissous trois centigrammes d'oxyde de mercure.

N° 20. L'huile provenant du mélange de deux décigrammes de bi-chlorure de mercure, cent grammes d'eau distillée, un blanc d'œuf et dix grammes d'huile, a donné le même indice de coloration que l'huile contenant un deux-mille-cinq-centième d'oxyde de mercure. Par conséquent, les dix grammes d'huile avaient dissous, par l'intermédiaire du blanc d'œuf, quatre milligrammes d'oxyde de mercure.

N° 21. L'huile provenant de bi-chlorure de mercure deux décigrammes, chlorure de sodium deux décigrammes, eau distillée cent grammes, et un blanc d'œuf, a donné un indice de coloration beaucoup moindre que l'huile contenant un dix-millième de bi-oxyde de mercure. La présence du chlorure de sodium a nui évi-

demment au passage de l'oxyde de mercure dans l'huile.

N° 22. J'ai fait le mélange suivant :

Bi-chlorure de mercure......	2 décigrammes.
Lait......................	200 grammes.
Huile.....................	10 —

Après une heure de digestion à la température de + 40°, l'huile filtrée a donné le même indice de coloration que l'huile contenant un dix-millième d'oxyde de mercure. Par conséquent, l'huile avait dissous un milligramme d'oxyde de mercure.

§ VII. - *Dissolution du mercure provenant du bi-iodure, par l'intermédiaire du bi-carbonate de soude.*

N° 23. J'ai fait le mélange suivant :

Bi-iodure de mercure........	5 décigrammes.
Bi-carbonate de soude.......	5 —
Eau distillée................	100 grammes.
Huile.....................	20 —

Après digestion d'une heure à + 40°, le deuto-iodure n'ayant pas changé d'aspect, l'huile filtrée et traitée comme il a été exposé précédemment, donne la même coloration que l'huile préparée directement et contenant un cinq-centième d'oxyde de mercure. C'est donc quarante milligrammes d'oxyde de mercure passés dans l'huile. Or, comme cinq décigrammes de deuto-iodure contiennent deux cent vingt-cinq milligrammes de mercure métallique, c'est presque le cinquième du poids du métal contenu dans le bi-iodure qui, dans

cette expérience, a passé dans l'huile par l'intermédiaire du bi-carbonate de soude.

§ VIII. — *Dissolution dans les huiles de l'oxyde de mercure provenant de la décomposition du proto-chlorure, par l'intermédiaire des bi-carbonates de soude et de chaux.*

— J'ai d'abord cherché à connaître quelle est la quantité de mercure qui entre en dissolution lorsqu'on traite le calomel par l'eau potable contenant du bi-carbonate de chaux, et par une dissolution étendue de bi-carbonate de soude ou de potasse à froid ou à la température de + 40°.

J'ai employé pour cela deux procédés : le premier a consisté dans la pesée directe du mercure, précipité à l'état métallique par la solution de chlorure stannenx dans l'acide chlorhydrique étendu; c'est le procédé conseillé par Rose. Le second a consisté dans le traitement du liquide supposé mercuriel par un volume donné d'une solution de sulfhydrate de soude titrée au sulfhydromètre. Cette solution se trouvant affaiblie proportionnellement à la quantité de sulfure de mercure qu'elle a produit, un nouvel essai sulfhydrométrique permet de constater la quantité de soufre qui lui reste. On en déduit par le calcul la quantité de mercure qui a été précipitée à l'état de sulfure. C'est le procédé employé par M. Mialhe [1].

Recherche du mercure provenant de la décomposition du calomel par les dissolutions étendues de bi-carbonate de soude.

1er procédé (par le chlorure stanneux).

N° 22. J'ai délayé, dans cinquante grammes d'eau distillée, calomel cinq décigrammes, et j'ai ajouté bi-carbonate de soude un gramme. Aussitôt le calomel est devenu gris. Après

[1] (*V.* ouvrage cité, p. 398.)

un quart d'heure de contact à la température ordinaire, le mélange ayant été agité plusieurs fois, j'ai séparé le liquide par le filtre. Je l'ai acidulé par l'acide chlorhydrique, puis je l'ai traité par le chlorure stanneux. Il s'est produit un précipité gris de mercure métallique. J'ai fait bouillir quelques minutes, puis j'ai laissé refroidir et reposer. Le lendemain, le précipité mercuriel étant bien rassemblé, j'ai enlevé le liquide par décantation, j'ai lavé le précipité à l'eau distillée, et je l'ai fait sécher à l'air libre : il pesait quinze milligrammes. Il s'est complétement dissipé par la chaleur.

N° 23. Une autre expérience semblable a donné pour résultat vingt milligrammes de mercure métallique [1].

N° 24. J'ai délayé, dans cinquante grammes d'eau distillée, calomel cinq décigrammes, et j'ai ajouté un gramme de bi-carbonate de potasse. Aussitôt le calomel est devenu gris. J'ai fait digérer le mélange à + 40° pendant une heure. J'ai obtenu par le chlorure stanneux un précipité métallique pesant quarante milligrammes.

N° 25. Dans une autre expérience, j'ai mis en contact, dans cent grammes d'eau à la température ordinaire, calomel 0gr29 (un équivalent), et bi-carbonate de soude 0gr21 (deux équivalents). J'ai obtenu par le chlorure stanneux un précipité métallique pesant six milligrammes.

N° 26. Enfin, lorsque j'ai traité trois décigrammes de calomel par cinq centigrammes seulement de bi-carbonate de

[1] J'ai constaté quelle quantité de chlorure entre en dissolution. Le liquide filtré provenant d'une troisième expérience semblable à celles des Nos 22 et 23, ayant été saturé par l'acide azotique, puis traité par l'azotate d'argent en excès, a donné quarante-sept milligrammes de chlorure d'argent représentant onze milligrammes de chlore. C'est la quantité de chlore qui formerait du bi-chlorure avec trente-un milligrammes de mercure métallique; mais il s'était nécessairement formé du chlore de sodium.

soude dans cinquante grammes d'eau, le calomel est devenu gris, et la liqueur filtrée, après une minute d'agitation, précipitait sensiblement par le chlorure stanneux, et se colorait fortement en brun par le sulfhydrate d'ammoniaque. Une portion de cette même liqueur, saturée par l'acide azotique, précipitait abondamment par le chlorure d'argent.

Mais j'ai trouvé, contre mon attente, que, dans de semblables conditions, l'action dissolvante du chlorure de sodium est nulle.

N° 27. J'ai délayé, dans cinquante grammes d'eau distillée, calomel 0gr29 (un équivalent), et chlorure de sodium 0gr146 (deux équivalents). Après une heure de contact à la température de + 14°, le liquide filtré ne donne aucun précipité ni par le chlorure stanneux ni par le sulfhydrate d'ammoniaque [1].

J'ai trouvé aussi que la décomposition du calomel et la dissolution du mercure par le bi-carbonate de soude sont manifestement entravées par la présence du chlorure de sodium. Voici le détail de mes experiences à ce sujet :

N° 28. J'ai délayé, dans cinquante grammes d'eau distillée, calomel cinq décigrammes. J'ai ajouté chlorure de sodium cinq décigrammes, et bi-carbonate de soude cinq décigrammes. Après agitation du mélange et contact d'une heure à la température ordinaire, le calomel n'ayant pas changé d'aspect, le liquide filtré a donné seulement cinq milligrammes de mercure métallique, c'est-à-dire trois fois moins que par un gramme de bi-carbonate de soude sans addition de chlorure de sodium. (*V.* Exp. N° 22.)

[1] Le chlorure stanneux, d'après Devergie, donne un précipité non douteux de mercure métallique dans une liqueur qui ne contient que un quatre-vingt-millième de bi-chlorure, et le sulfhydrate d'ammoniaque un précipité brun de sulfure dans une liqueur qui ne contient que un soixante-millième de ce sel. J'ai constaté l'exactitude de ces données.

N° 29. J'ai délayé dans cent grammes d'eau distillée, calomel 0gr3; chlorure de sodium, 0gr146; bi-carbonate de soude, 0gr21. Après une heure de contact à la température ordinaire, le liquide filtré n'a donné aucun précipité ni par le chlorure stanneux ni par le sulfhydrate d'ammoniaque. Le même mélange, sauf le chlorure de sodium, avait donné six milligrammes de mercure métallique. (V. Exp. N° 25.)

2e PROCÉDÉ (par le sulfhydrate de soude et la teinture d'iode).

N° 30. J'ai mis en digestion pendant une heure, à la température de + 40°, en agitant de temps en temps, le mélange suivant : eau commune, un litre; calomel, 5 décigrammes. Après filtration, j'ai trouvé en dissolution, par le procédé sulfhydrométrique, mercure métallique, douze milligrammes.

N° 31. J'ai mis en digestion pendant six heures, à la température de + 40°, en agitant de temps en temps, le mélange suivant : eau distillée, cent grammes; calomel, cinq décigrammes; bi-carbonate de soude, un gramme. Le calomel est devenu gris. Après filtration, j'ai trouvé en dissolution, mercure métallique, trente-six milligrammes. L'addition de l'eau sulfureuse avait déterminé un abondant précipité d'un noir-brun.

N° 32. J'ai mis en contact dans cent grammes d'eau distillée, pendant quinze minutes, à la température de + 12° : calomel, cinq décigrammes; bi-carbonate de soude, cinq décigrammes. Le calomel est devenu gris. J'ai filtré. L'addition de l'eau sulfureuse a coloré la liqueur en brun. L'essai sulfhydrométrique a indiqué cinq milligrammes de mercure métallique.

N° 33. J'ai trituré dans un mortier de porcelaine : calomel, cinq décigrammes, avec sel marin, deux grammes. J'ai ajouté peu à peu, eau distillée, cent grammes, à + 50°. La

trituration a duré quinze minutes. J'ai filtré. J'ai trouvé en dissolution seulement quatre milligrammes de mercure métallique. La liqueur avait pris une légère teinte brune par l'addition de l'eau sulfureuse.

Ces expériences infirment la théorie de M. Mialhe touchant la dissolution du calomel dans l'organisme [1]; elles démontrent que l'eau potable et les solutions de bi-carbonates alcalins décomposent le proto-chlorure et en dissolvent le mercure beaucoup plus activement que les solutions de chlorure de sodium; bien plus, elles mettent à découvert ce fait singulier, que le chlorure de sodium peut être considéré comme donnant de la stabilité au proto-chlorure de mercure en présence du bi-carbonate de soude, puisqu'il diminue manifestement la quantité de mercure qui entre en dissolution par l'action de ce dernier sel.

Je reviens à mon sujet. Il me reste à exposer maintenant les expériences qui démontrent que le mercure du calomel, décomposé par le carbonate de chaux de l'eau potable à + 40°, passe dans l'huile à la suite de l'agitation des mélanges, et qu'il en est de même du mercure du calomel décomposé par le bi-carbonate de soude.

N° 34. J'ai fait le mélange suivant :

Eau potable................	1 litre.
Calomel....................	5 décigrammes.
Hüile......................	10 grammes.

Après une heure de digestion à la température de + 40°, et l'agitation réitérée du flacon, l'huile filtrée a donné le même indice de coloration que celle dans la-

[1] V. *Chimie appliquée*, p. 396.

quelle j'avais fait dissoudre un sept-millième d'oxyde de mercure à l'état d'oléo-stéarate. Par conséquent, les dix grammes d'huile avaient dissous à peu près un milligramme et demie d'oxyde de mercure.

N° 35. J'ai fait le mélange suivant :

Eau distillée..............	100 grammes.
Calomel...................	5 décigrammes.
Bi-carbonate de soude......	5 —
Huile.....................	20 grammes.

Le mercure est devenu gris ; après deux ou trois minutes de vive agitation à la température de + 12°, j'ai filtré. L'huile, parfaitement limpide, a donné le même indice de coloration que celle dans laquelle j'avais fait dissoudre un trois-millième d'oxyde de mercure. Par conséquent, les vingt grammes d'huile avaient dissous six milligrammes d'oxyde de mercure.

Mais le chlorure de sodium retarde la dissolution du mercure.

N° 36. J'ai fait le mélange suivant :

Eau distillée..............	100 grammes.
Calomel...................	5 décigrammes.
Chlorure de sodium........	5 —
Bi-carbonate de soude......	5 —
Huile.....................	20 grammes.

Le calomel n'a pas changé d'aspect ; après deux ou trois minutes de vive agitation à la température ordinaire, j'ai filtré. L'huile, parfaitement limpide, traitée par l'acide sulfurique étendu et le sulfhydrate d'ammoniaque, s'est beaucoup moins colorée en gris que celle

dans laquelle j'avais fait dissoudre un dix-millième d'oxyde de mercure.

La même expérience, après trois heures de digestion à + 40°, a fourni de l'huile offrant le même indice de coloration que celle dans laquelle j'avais fait dissoudre un cinq-millième d'oxyde de mercure.

Les expériences que j'ai tentées pour reconnaître si le calomel était décomposé par le lait ou par l'albumine de l'œuf, et s'il résultait de cette décomposition le passage d'une certaine quantité de mercure dans l'huile, sont restées négatives ; ce qui s'explique en raison de la trop faible alcalinité de ces liquides animaux.

CONCLUSIONS.

1° Une dissolution d'un sel métallique étant décomposée par un carbonate ou un bi-carbonate alcalin, en présence d'une huile grasse en excès à la température ordinaire, une partie de l'oxyde métallique passe en dissolution dans le corps gras. Cette réaction est favorisée par une température de + 40°.

2° Le bi-carbonate de chaux des eaux potables décomposant les solutions métalliques très-étendues, l'huile qu'on agite dans le mélange s'empare de l'oxyde métallique.

3° Les liquides animaux alcalins (le sérum du sang, le lait, l'albumine de l'œuf) étant mis en présence d'un sel métallique en dissolution étendue et de l'huile, le carbonate alcalin contenu dans les liquides animaux suffit pour décomposer le sel métallique, dont l'oxyde se dissout en notable proportion dans le corps gras.

4° Si l'on suppose qu'une solution aqueuse d'un sel

métallique ayant échappé à l'absorption stomacale est parvenue jusque dans l'intestin, il faut admettre que là elle est décomposée par les liquides intestinaux alcalins mêlés de matières grasses, et que l'oxyde métallique entre en dissolution dans celles-ci.

5° Les mêmes faits et les mêmes raisonnements conduisent à admettre qu'une dissolution aqueuse d'un sel métallique arrivant dans le sang, subit d'abord une double décomposition, dont la conséquence finale est la formation d'un sel gras.

6° Le calomel est décomposé par une solution étendue de bi-carbonate de soude ; il se forme du chlorure de sodium et probablement du bi-chlorure de mercure, qui se dissolvent ensemble. La présence du chlorure de sodium entrave cette décomposition et cette dissolution.

7° Le calomel étant délayé dans de l'eau contenant du bi-carbonate de chaux ou du bi-carbonate de soude en dissolution, si de l'huile est agitée dans le mélange, elle se charge d'une quantité notable de mercure. Toutes ces réactions sont favorisées par une température de + 40°.

8° Si, pour l'administration des médicaments dont ils recherchent l'effet constitutionnel ou dynamique, les thérapeutistes doivent s'efforcer d'imiter les composés formés naturellement dans l'organisme, c'est la forme des sels gras qu'ils doivent préférer pour l'administration des agents métalliques.

Conclusions subsidiaires.

9° L'huile grasse est un réactif d'une extrême sensibilité, qui permet de reconnaître aisément et de séparer

un quatre cent-millième d'oxyde de cuivre en dissolution dans l'eau, pourvu que cette eau tienne en dissolution en même temps des proportions équivalentes de carbonate alcalin ou de carbonate de chaux.

10° Les solutions étendues de bi-carbonate de soude décomposent le calomel et en dissolvent le mercure beaucoup plus activement que les solutions étendues de chlorure de sodium.

HOPITAL SAINT-JEAN.

DE LA GANGRÈNE DU PRÉPUCE;

par le Dr N. VENOT fils.

La série existe dans la rencontre des faits pathologiques. Cette vérité, due à un hasard aussi inexplicable que tout ce qui tient au hasard, est incontestable pour tous les hommes qui ont de la pratique nosocomiale. Accidentellement, sans raison, à tel moment, des faits du même ordre, du même genre, viennent se grouper sous les yeux du médecin, comme pour l'exciter à voir par lui-même et à vérifier, par une observation complexe, les données de la théorie. C'est là, du reste, un des plus puissants et des plus faciles moyens du contrôle consciencieux que chacun doit faire pour soi de la parole du maître. — Aussi est-il bon de ne pas laisser échapper ces occasions d'ensemble permettant de voir, de comparer, de juger d'un coup d'œil les parties différentes, les phénomènes dissemblables, qui souvent, par des routes diverses, arrivent à former une unité morbide.

Les salles de l'hôpital Saint-Jean renferment en ce moment trois exemples d'une affection, non pas très-rare à la vérité : je veux parler de la gangrène du prépuce ; cependant la chose n'est pas si commune, que trois faits à la fois ne puissent compter pour une vraie série, en raison surtout de l'exiguité de la population qui habite l'hospice. Aussi, sans aucune prétention à la monographie, ai-je pensé qu'il pourrait être de quelque utilité de rapporter ces trois faits et d'en faire ressortir quelques remarques inspirées par leur observation.

Ire Obs. — Jean S.., âgé de trente-six ans, peu vigoureux, mal soigné, contracta une blennorrhagie dans les premiers jours d'octobre 1858. Il s'en inquiéta peu tout d'abord, ne fit aucun traitement, continua son genre de vie habituel et son métier (il est musicien ambulant). En vrai troubadour, son violon sous le bras, il partit à pied pour Mont-de-Marsan, s'arrêtant de bourg en bourg, se reposant aux cabarets, se fatigant et buvant sans nul souci de son urètre. Bientôt, cependant, la douleur le força à suspendre son voyage ; sa verge était grosse et rouge ; le prépuce, qui naguère jouait à merveille sur le gland, étreignait celui-ci maintenant, et ne pouvait plus être ramené en arrière. — Jean S... sollicita du secours et fut reconduit à Bordeaux en voiture. Il entra deux jours après à l'hôpital Saint-Jean. A ce moment (dix jours après le début de la chaude-pisse), la peau de la verge est d'un rouge-brun, qui devient bleu-violacé au prépuce; en ce point s'élèvent quelques phlyctènes; la veine dorsale est intacte; par le goulot que forme le limbe préputial s'écoule un muco-pus verdâtre, abondant. — Jean S... assure n'avoir vu

aucune ulcération extérieure ; les ganglions inguinaux sont à l'état normal; l'écoulement a été la seule manifestation. L'état général est assez mauvais. On prescrit : onguent mercuriel belladoné, en frictions; cataplasmes de farine de lin, bains locaux d'eau de mauve; repos au lit; viande, bouillon, vin.

Six jours après (21 octobre), une escarre grisâtre, comprenant dans un tracé irrégulier les deux tiers du prépuce, se limitait au niveau de la couronne du gland. Au bout de quinze jours, le gland avait perforé son enveloppe mortifiée, et présentait lui-même des ulcérations nombreuses, comme pultacées.

Enfin, pour abréger un récit qui n'aurait à offrir rien de remarquable ni de particulier, toute escarre détachée, il resta du prépuce une languette recouvrant le gland en dessus et un peu à droite. Les ulcérations du gland guérirent par quelques cautérisations légères au nitrate d'argent, par des lotions d'eau phagédénique et un pansement simple. La blennorrhagie, qui existait encore, bien que réduite de beaucoup, disparut avec quelques pilules au copahu. Un simple coup de ciseaux régularisa l'œuvre de la gangrène, et aujourd'hui Jean S..., qui est entièrement guéri, pourrait dire qu'il a été opéré du phimosis, et certes, en montrant le résultat, il ferait honneur à l'opérateur supposé.

II[e] Obs.—Arnaud B..., cinquante-sept ans, tailleur d'habits, est grand, fort, bien conservé. Il s'expose dans les premiers jours de janvier 1859, et le 11, il reconnaît sur la face muqueuse du prépuce une ulcération déjà assez étendue. En même temps, fortes douleurs (et ce sont ces douleurs qui poussèrent Arnaud à exa-

miner sa verge, tant est réelle et fréquente l'incurie *post venerem!*), pesanteur du pénis, rougeur vive et tuméfaction du prépuce, qui se resserre et enferme le gland. Quelques compresses imbibées d'eau de guimauve sont appliquées sur la verge, mais l'inflammation marche toujours. Enfin, le 17 janvier, Arnaud B... entre à l'hospice. Toute la partie supérieure du prépuce est alors convertie en une escarre noirâtre, qui s'arrête de chaque côté, à 1 centimètre à peu près du frein, et qui remonte au niveau du repli balano-préputial. La peau de la verge est en bon état; la veine dorsale est indemne; rien dans les aines. L'état général est bon. On prescrit : bains locaux émollients, cataplasmes, repos, un peu de diète.

Du 17 janvier au 1er février, l'escarre se limite, se détache, tombe et laisse à ce moment un ulcère d'apparence simple, en forme de fer à cheval, dont le milieu répond au dos de la verge, derrière la couronne du gland, et dont les extrémités viennent aboutir de chaque côté du frein. Ici le résultat produit par la gangrène ressemble à celui du procédé à incision dorsale contre le phimosis, les lambeaux latéraux ayant été amoindris. — Un pansement simple et des soins de propreté ont déjà amené cet ulcère à cicatrisation presque complète; le gland, qui avait été le siége d'exulcérations assez étendues, est actuellement en très-bon état. Les débris survivants du prépuce sont encore œdématiés; mais on ne rencontre pas sur leurs bords l'induration spécifique.

D'ici quelques jours, Arnaud B... sortira guéri, et guéri sous tous les rapports.

IIIe Obs. — Le troisième fait est celui d'un jeune

homme de vingt-un ans, Guillaume S..., tailleur, à constitution frêle, délabrée, joignant au lymphatisme le plus complet une excitabilité nerveuse qui augmente sa faiblesse. Il a, ou il avait un phimosis congénital, et il était arrivé jusqu'au 20 décembre dernier sans avoir à se plaindre de ses *relations*. Mais ce jour lui fut fatal; il dîna avec des amis et passa une soirée assez orageuse. Quelques temps après, il sentit des picotements, qui bientôt se changèrent en douleurs lancinantes. Le prépuce était enflé et rouge, rien ne coulait par l'orifice. Guillaume alla consulter un pharmacien, qui lui conseilla des compresses d'eau blanche autour de la verge; mais les compresses d'eau blanche furent impuissantes contre les progrès inflammatoires.

Le 20 janvier, Guillaume se présenta à l'hospice dans cet état que Desruelles a bien décrit : le gland s'était engagé dans une fenêtre ouverte à la partie dorsale du prépuce, dont l'extrémité, logée en dessous et dirigée en bas, donnait au pénis un aspect bifide. Le malade nous raconta que, quelques jours avant, à l'endroit où paraissait maintenant le gland, la peau était devenue violette dans un espace grand comme une pièce de 50 centimes; que cette partie violette s'étant détachée était tombée; que de la *matière* avait coulé par l'ouverture; que depuis l'avant-veille enfin, il était dans l'état où on le voyait. Or, il souffrait encore beaucoup; tout était très-rouge et très-engorgé; la partie inférieure du prépuce surtout était longue et grosse comme le quart d'une saucisse. Évidemment le gland était étranglé à la fenêtre préputiale, et il s'était formé une espèce de paraphimosis incomplet. Il suffit de détruire l'isthme qui séparait l'ouverture physiologique de la fe-

nètre accidentelle, pour faire cesser cet état de choses.

Il existait sur le gland un chancre en voie de réparation. — Pansements avec la pommade de stéarate de mercure; lotions à l'eau blanche; cataplasmes; sirop à l'iodure de fer. — L'ulcération spécifique est cicatrisée; on résèque l'appendice laissé par la gangrène et divisé par l'incision faite le jour de l'entrée à l'hôpital. Aujourd'hui il ne reste plus que la plaie simple faite par le bistouri, plaie qui est déjà cicatrisée aux trois quarts.

Une première remarque à faire, remarque capitale, c'est l'innocuité de l'affection qui nous occupe, lorsqu'elle est sans complication aucune et qu'elle se borne au prépuce. Les trois exemples précédents démontrent bien cette innocuité. Voilà trois hommes de tempéraments différents, soumis du reste tous trois à de mauvaises influences hygiéniques, arrivant au même terme morbide par trois routes diverses, laissant marcher l'affection sans lui opposer de traitement efficace, ne venant demander des soins que lorsque la question est jugée, et ces trois hommes, sans encombre, arrivent rapidement à une guérison complète. En reculant la statistique, on arriverait aisément à une preuve convaincante de ce que j'avance; ainsi, depuis 1850, il y a eu à l'hôpital Saint-Jean 20 cas de gangrène du prépuce, de diverses provenances, et tous ont eu une issue favorable. Dans le nombre, il est clair que certains faits ont présenté plus de gravité que d'autres; le sphacèle s'est moins bien limité; quelques glands ont été écornés; la guérison s'est plus ou moins fait attendre, mais elle est toujours arrivée en fin de compte.

Il y a même quelque chose de plus; c'est que, dans certains cas, la gangrène est une terminaison heureuse.

Ainsi, dans le fait d'Arnaud B... (IIe Obs.), un chancre existait depuis peu ; la porte était ouverte à la diathèse ; la gangrène vient et emporte tout, tissu malade et mal à la fois. A la chute de l'escarre, ulcération vermeille, de bon aspect, sans induration spécifique, se cicatrisant comme une plaie simple ; les ganglions inguinaux, ces moniteurs de l'infection, ne révèlent rien. Arnaud en sera quitte pour la perte de son prépuce, par lequel la vérole allait entrer chez lui.

Il est bien entendu qu'il n'est ici question que des cas simples ; si le mal ne se borne pas, s'il gagne en étendue et en profondeur, le pronostic s'aggravera en conséquence.

Comment maintenant peut-on se rendre compte de la production du sphacèle ? Nos trois faits nous indiquent déjà trois mécanismes, si ce mot peut être appliqué ici. Dans la première observation, c'est une chaude-pisse surmenée, excitée par un régime et un exercice intempestifs ; si elle n'arrive pas *au rouge vif de la virulence,* du moins va-t-elle produire un gonflement considérable du prépuce et du gland. Ce fait s'observe assez fréquemment dans le cours de certaines blennorrhagies. Voilà déjà un phimosis tout inflammatoire, qui, mal traité comme celui de notre homme, se terminera rationnellement par la gangrène. Dans le cas de Jean S..., il n'y a pas eu complication de phlébite ; on en aurait trouvé des traces à son entrée à l'hopital. Or, dans les faits semblables à celui-ci, il y a souvent phlébite de la veine dorsale de la verge, et souvent aussi abcès périurétraux.

Le second fait nous montre l'évolution d'un chancre

phagédénique gangréneux. « Dans quelques circonstances, les chancres deviennent la cause ou se compliquent d'une inflammation suraiguë, dont la gangrène est la conséquence. » (Ricord; Notes à Hunter). L'ulcération au prépuce, la douleur, la tuméfaction, la rougeur qui l'accompagnaient, enfin la terminaison rapide par gangrène, prouvent bien que c'est à cette variété de chancres qu'Arnaud avait affaire. J'ai déjà indiqué les chances heureuses qui résultaient pour lui de cette perte de substance.

Chez le sujet de la troisième observation, il y a eu des chancres éclos sous un phimosis congénital. Inflammation érysipélateuse, gonflement : phénomènes assez fréquents. Le pus sécrété par les ulcères s'accumule dans le repli balano-préputial : nouvelle cause d'irritation. Il s'est propablement formé ici cette espèce d'abcès dont parle Samuel Cooper, d'où résulte l'ulcération de la face interne du prépuce. La peau répondant à ce foyer, ainsi minée par le pus, tombe en gangrène, et la fenêtre préputiale est ouverte.

Comme on le voit, le phimosis a joué un grand rôle dans les faits que nous venons d'examiner. Le paraphimosis, lui aussi, devient cause active de sphacèle, lorsque la striction est forte, surtout lorsqu'il y a eu phimosis préalable. On peut en conclure que l'étiologie de la gangrène du prépuce revient à ceci : cause inflammatoire vive; compression réciproque du prépuce et du gland.

L'absence presque complète de symptômes généraux est à prendre en considération, et cette réflexion me rappelle un fait qui s'est passé, il y a quelques années,

à la clinique de M. le professeur Chaumet. Un homme arriva avec une gangrène du prépuce; une partie de l'escarre était détachée, le gland paraissait et avait lui-même une mine très-suspecte; les symptômes généraux étaient extrêmement graves : fièvre intense, ataxo-adynamie complète. La gangrène marchait; on employa le fer rouge, les anti-septiques localement et à l'intérieur. Le malade guérit, et l'on apprit alors qu'il venait d'une foire de bestiaux, qu'il avait touché des animaux malades, que lui-même auparavant était très-bien portant de la verge et du reste. En urinant, il avait pris son prépuce avec des doigts contaminés, et il s'était inoculé en ce point une pustule maligne.

Dans les cas ordinaires, faudrait-il avoir recours aux moyens employés ci-dessus avec pleine raison et plein succès? Les résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital Saint-Jean montrent combien nos trois faits diffèrent essentiellement de celui que je viens de citer. C'est qu'en effet il faudrait bien se garder ici de faire usage de cette médication, qui semble accolée de droit à l'idée de gangrène. Le quinquina, le vinaigre camphré et tous les autres anti-septiques ne feraient qu'augmenter le mal en attisant la cause immédiate. D'un autre côté, il ne faut pas penser à combattre la cause virulente; le traitement mercuriel serait plus nuisible qu'utile et n'aurait aucune prise sur la complication inflammatoire, qui est tout en dehors de la question syphilitique.

On l'a vu, des cataplasmes émollients, des bains, des lotions émollientes, des frictions résolutives, du repos, un régime approprié à l'état général du malade, tels

sont les moyens qu'ont suivi des résultats aussi satisfaisants que possible. Le mal était, il est vrai, assez avancé quand le traitement est intervenu. Eh bien! même au début, c'est encore cette médication simple et facile qui serait, je crois, la plus efficace. Les émissions sanguines ne produisent pas, dans ces cas, tout le bien qu'on pourrait en attendre. Il faudrait même se garder d'appliquer des sangsues sur la verge. Chez une femme, que j'ai vue atteinte de vulvite intense, avec forte tuméfaction de la petite lèvre droite, des sangsues furent mises sur ce point; les piqûres devinrent autant de petits siéges gangréneux. Il en résulta une vaste escarre et un délabrement considérable. Un fait semblable, chez un homme, amènerait le dépouillement complet de la verge; le remède serait cent fois pire que le mal. — Dans les cas où la striction est trop violente, il faudrait devancer l'œuvre de la nature et débrider le prépuce. Enfin, tout terminé, il ne s'agit que de régulariser et de rendre présentable ce que le sphacèle, dans son action aveugle, a taillé et retranché pour les besoins du moment.

J'arrête là ces réflexions, faites tout simplement à l'occasion des faits que j'ai cités. Leur peu d'étendue, leur peu d'ordre, tous leurs défauts, en un mot, prouveront, je l'espère, qu'avant tout j'ai tenu à ne pas être didactique. Le lecteur judicieux n'y verra que quelques remarques pratiques, qu'il pourra faire lui-même à la première occasion.

Observations cliniques sur quelques complications des fractures;

par M. RIQUARD, premier interne de l'hôpital Saint-André.

(SERVICE DE M. CHAUMET.)

L'infection purulente, le délire nerveux, sont, on le sait, les accidents les plus formidables des fractures compliquées. En effet, existe-t-il une contusion un peu étendue avec ecchymose assez considérable, ou bien une plaie qui communique avec le siége de la lésion des os? Y a-t-il issue des fragments, a-t-on reconnu la présence d'esquilles? Aussitôt le pronostic devient grave, et le chirurgien a à se tenir en garde contre les funestes accidents qu'entraînent ces complications. Dans la plupart des cas, sa conduite est difficile. — Cependant, des faits cliniques assez nombreux sont là pour témoigner des bons effets, des heureux résultats obtenus par tels ou tels moyens. Ce sont ces faits qui sont propres à fixer la science, qu'il peut être utile de faire connaître.

Ire Observation.

Fracture comminutive de la jambe; contusion violente avec plaie; délire nerveux; infection purulente; mort.

Golfier, Jean, âgé de quarante-six ans, né dans le Puy-de-Dôme, d'un tempérament sanguin, constitution forte, d'une conduite régulière, est renversé, le 17 juillet 1858, par une charrette chargée dont la roue lui passe sur la jambe et la lui écrase. Porté aussitôt à l'hôpital, il raconte dans quelles circonstances l'accident lui est arrivé, et on constate : 1° une plaie avec une contu-

sion très-étendue siégeant à la jambe gauche; 2° une fracture comminutive du tibia et du péroné avec une déformation considérable.

A cause de la plaie et de la contusion, qui est très-étendue, on évite d'appliquer immédiatement un appareil, et on soumet le membre meurtri à une irrigation continue d'eau froide. Pendant les quatre premiers jours, le malade va bien et ne souffre pas. Le cinquième, on se plaint dans la salle qu'il a fait du bruit pendant la nuit; il a même soustrait sa jambe au courant d'eau froide. Ne soupçonnant encore rien de suspect dans cette conduite du malade, on se borne à lui faire quelques remontrances, et on rétablit les choses dans leur premier état. La journée est calme; mais dans la nuit, le malade fait le même bruit que la veille, et sans songer que sa jambe est fracturée, il exécute des mouvements violents dans son lit. Le lendemain, on voit que cet état ne peut tenir qu'à une altération des centres nerveux, et on se met à même de combattre le délire qui s'est montré. Des lavements opiacés sont administrés; le malade prend en même temps dans la journée une potion antispasmodique.

Le délire résiste le premier jour. Ce n'est que le troisième jour, après le quatrième lavement laudanisé et une saignée copieuse, que le calme reparaît. Les jours suivants, on remarquait cependant, de temps en temps encore, un *sub delirium;* mais celui-ci n'avait ni l'intensité du premier, ni son opiniâtreté. Il était facilement combattu par un lavement faiblement opiacé.

Cependant, le malade, délivré de cet accident, eut à lutter contre un autre plus redoutable. Déjà on avait cessé l'irrigation, que l'on avait continuée pendant huit

jours, et l'on avait placé le membre dans un appareil de Scultet. Bientôt après l'application de cet appareil, on s'aperçut que les points contusionnés étaient devenus le siége d'un foyer purulent très-étendu. On pratiqua des incisions, on favorisa la sortie du pus, qui n'en fut pas moins abondant et fétide. Des frissons survinrent, et enfin le malade succomba aux suites de l'infection purulente.

II° Observation.

Fracture de la jambe; contusion au deuxième degré; amputation de la cuisse; mort.

A côté du fait précédent, je placerai un fait du même genre, quoique en apparence moins grave. Un homme jeune, vingt-huit ans, plein de force et de santé, terrassier, est englouti sous un éboulement de terre; on le dégage, on le relève, et on s'aperçoit qu'il a la jambe droite fracturée. Transporté à l'hôpital Saint-André, il est placé dans la salle 18.

Le malade a une fracture de la jambe droite, sans autre complication qu'une contusion au second degré. La fracture existe vers la partie moyenne; elle est oblique; la contusion est étendue depuis le point où siége la fracture jusqu'à la malléole interne.

On ne voit pas qu'il y ait indication d'attendre pour appliquer un appareil. Les quatre premiers jours se passent sans que le malade souffre. Cependant, vers le septième, il se plaint de chaleur ardente dans les points contusionnés et autour de la fracture. On lève alors l'appareil (on était au neuvième jour), et on trouve un vaste abcès occupant toute la moitié inférieure de

la face interne de la jambe et communiquant avec la fracture. On panse dès-lors, soir et matin, pour éviter le séjour du pus; on nourrit le malade, pour qu'il puisse résister à la suppuration abondante qui se fait par cette large plaie. Cependant, on ne peut arrêter le mal; les fragments osseux mis à nu se nécrosent; la plaie ne tend pas à la cicatrisation; le malade maigrit, et enfin l'on juge l'amputation de la cuisse nécessaire.

Elle est faite, et le malade meurt le onzième jour après l'opération.

Voilà deux faits qui ont été observés et suivis avec soin. Tous les deux présentaient des complications, et tous les deux ont eu une terminaison funeste. La seule complication, dans un cas, était une contusion plus ou moins étendue; dans l'autre, outre cette complication primitive, on observait une plaie communiquant avec le foyer de la fracture et la présence d'esquilles.

Ces deux faits viennent s'ajouter à tant d'autres, pour prouver quels caractères de gravité impriment aux fractures ces sortes de complications. Comment donc se conduire dans les cas où il existe une contusion qui vient compliquer une fracture? Nélaton dit (*Éléments de Pathologie chirurgicale,* t. I, p. 673) : « Que s'il existe une tuméfaction prononcée, il est convenable de différer pendant quelques jours l'application d'un appareil définitif, de *se borner à donner au membre* fracturé une position régulière, d'assurer son immobilité et de le recouvrir de compresses résolutives. » C'est évidemment la conduite la plus sage. Quelquefois, sans doute, quand la contusion est peu étendue et assez peu profonde pour que les parties molles ne soient pas dé-

chirées et n'aient pas subi une attrition considérable, quand les capillaires n'ont pas été ouverts en assez grand nombre pour laisser écouler une quantité trop abondante de sang; quand la tuméfaction enfin est peu prononcée, l'application d'un appareil contentif pourrait être faite, et il y aurait lieu d'attendre la résolution. Mais est-il toujours facile, dans ces cas, de juger du degré de la contusion et de pouvoir dire à l'avance si celle qui se présente comme complication d'une fracture aura une terminaison aussi favorable? Certes, chez le malade qui fait le sujet de la IIᵉ Observation, on avait toute raison d'espérer une terminaison heureuse : la contusion ne paraissait qu'au second degré; il n'y avait pas un gonflement considérable, les parties molles paraissaient à peine avoir souffert, et cependant on a vu les suites fâcheuses que cette complication a entraînées. Dans combien de cas, qui avaient été jugés même moins graves peut-être, le chirurgien a eu à se plaindre d'avoir appliqué un appareil et surtout de l'avoir laissé appliqué plusieurs jours sans s'être inquiété de ce qui se passait autour du foyer de la fracture? Le précepte posé plus haut paraît donc d'une importance extrême. En présence d'une fracture compliquée d'une contusion avec tuméfaction plus ou moins considérable, il convient de différer l'application d'un appareil définitif. On donne au membre une position régulière par la réduction; on assure son immobilité par un appareil simple que l'on a soin de défaire souvent, au moins tous les deux jours, pour surveiller ce qui se passe et prévenir les accidents. En agissant ainsi, que peut-il arriver? Ou la résolution s'opère, et l'on n'a re-

tardé en rien la consolidation du membre; ou bien il se forme un foyer purulent, et l'on se trouve assez tôt averti de sa formation pour faire des contre-ouvertures favorables, et diminuer ainsi les dangers d'une plus vaste suppuration.

Mais chez le malade qui fait le sujet de la Ire Observation, il n'y avait pas qu'à tenir compte de la contusion : une plaie communiquant avec le foyer de la fracture, et une fracture comminutive, rendaient le pronostic extrêmement grave. En vue de prévenir les accidents qui pourraient résulter de ces complications, on soumet le membre fracturé à l'irrigation continue. Ce moyen de traitement, si favorable pour ralentir le mouvement inflammatoire, sembla un instant devoir être couronné de succès. Mais pendant qu'il était si avantageusement utilisé, apparurent les symptômes du *délire nerveux* le plus effrayant. Le malade, jusqu'alors docile, ne voulut plus se soumettre à l'immobilité qui lui était si indispensable; il réussit plusieurs fois à soustraire sa jambe à l'irrigation continue d'eau froide, défit les appareils, essaya de sortir du lit. Tous ces mouvements désordonnés eurent leurs fâcheux résultats. En vain on redoubla de soins pour arracher le malade aux accidents nouveaux que, dans le délire, il avait fait naître : l'inflammation que l'on avait évitée un instant se déclara, un foyer purulent s'établit, et enfin survint l'infection purulente qui en peu de jours amena la mort du blessé.

Le délire nerveux est une complication assez fréquente des fractures, surtout de celles de la jambe. Cette fréquence, quand la fracture a atteint cette partie du

squelette, soit qu'elle tienne à la compression du nerf tibial venant se placer entre les fragments, comme sembleraient l'établir deux cas rapportés, l'un par Lallemand, et l'autre par M. le professeur Alquié, soit qu'elle soit due à l'abondance du tissu fibreux à la jambe et au pied, il n'en est pas moins vrai qu'elle existe. Sur *cinq* cas de lésions des extrémités inférieures observés dans le service de la clinique chirurgicale de M. le professeur Chaumet, nous avons pu constater cette complication *deux* fois. — Dans ses accès de délire, comme l'a dit Dupuytren, le malade ne craint pas de provoquer de la douleur dans le membre fracturé, il enlève tranquillement ses appareils disant qu'il ne comprend pas pourquoi on l'attache ainsi. Le malade devient insensible à ce point, que nous nous rappelons avoir souvent entendu raconter par M. le professeur Chaumet qu'il avait vu un homme, auquel il avait amputé la jambe, se lever pendant des accès de délire et se promener en s'appuyant sur son moignon. On sait que Dupuytren combattait le délire nerveux par l'opium, surtout en lavements. La méthode de l'ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu est bonne, et il n'est pas de médecin qui n'en ait observé l'efficacité. Dans l'observation rapportée plus haut, on a pu en juger les heureux effets; cependant, est-ce à dire que le laudanum suffise dans tous les cas pour faire cesser le délire nerveux? M. Montet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier, dit à ce sujet, et, ce nous semble, avec raison, que s'il existe des mouvements fluxionnaires vers l'encéphale, qu'ils soient la conséquence du délire ou de toute autre cause, les narcotiques sont peu indiqués

alors, parce qu'ils pourrait aider eux-mêmes la congestion qui se fait ou qui existe déjà. Dans ces cas, dit M. Montet, « l'application des réfrigérants, de la glace en particulier, est une ressource précieuse qu'il faut savoir utiliser. Mais ne peut-il pas, ajoute le même professeur, « surgir une indication toute différente du type même que suivra la maladie? » Des faits parfaitement observés établissent que le délire peut se présenter avec le type périodique. Dans ces cas d'intermittence, quel bon effet pourrait produire une préparation opiacée? Nous avons observé un cas de ce genre : Le laudanum, donné plusieurs fois en potion et en lavements, n'avait nullement amélioré l'état du malade; on constata de la périodicité dans l'apparition du délire; on eut recours au sulfate de quinine, et le délire disparut.

IIIe Observation.

Écrasement de la main droite; irrigation continue d'eau froide; guérison.

Françoise Barrès, âgée de dix-sept ans, née à Bordeaux, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, a la main prise dans un engrenage, d'où elle la sort littéralement broyée. Arrivée à l'hôpital le 7 avril 1858, elle se présente dans l'état suivant :

La main droite offre une plaie très-étendue occupant à peu près toute la face dorsale; les tendons des extenseurs sont mis à nu; les articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'annulaire sont à découvert, en sorte que les deux doigts sont comme détachés de la main et appendent à celle-ci. Les bords de la plaie

sont contus, déchirés, irréguliers, saignants; le troisième métacarpien est fracturé, et la deuxième phalange de l'index brisée.

On place la main sur une palette et on la soumet aussitôt à l'influence de l'irrigation continue. Huit jours après, on cesse l'irrigation, pendant laquelle il y a eu absence complète de réaction et de toute douleur, et on applique un appareil convenable. Pendant toute la durée du traitement, aucun accident ne se manifeste, et la malade sort guérie après deux mois de séjour à l'hôpital. La seule infirmité qu'elle a conservée est un peu de roideur dans les articulations métacarpo-phalangiennes, qui avaient été ouvertes, et dans le doigt indicateur, qui avait été fracturé.

IVe Observation.

Fracture comminutive du bras; plaie étendue; irrigation continue d'eau froide; guérison.

Un autre fait, qui se rapproche du précédent, est le suivant :

Antoine Éran, quarante-un ans, Espagnol, chauffeur dans une usine, se laisse prendre par l'arbre d'une machine en mouvement et a le bras violemment brisé. On le porte aussitôt à l'hôpital Saint-André, où l'on constate une fracture comminutive de l'humérus avec une plaie large occupant la presque totalité d'une circonférence du bras. Non-seulement cette plaie intéresse la peau, mais aussi la plupart des muscles; le *biceps* seul a été conservé, et avec lui les principaux troncs nerveux et les vaisseaux; le malade a perdu une quantité considérable de sang; il peut faire exécuter quelques

légers mouvements à ses doigts, où, du reste, la sensibilité est conservée. On sent les battements de l'artère radiale.

On hésite quelques instants pour savoir si l'amputation doit être faite, ou bien si l'on doit tenter la conservation du membre. L'âge du sujet, la force de sa constitution, le reste de sensibilité conservée dans l'avant-bras, les battements parfaitement sentis de l'artère radiale, font rejeter l'opération, et après l'avoir préalablement placé dans une gouttière, l'on soumet le membre à une irrigation continue d'eau froide tenue constamment à une basse température par l'addition de glaçons; elle est continuée pendant neuf jours, après lesquels le bras est mis dans un appareil de Scultet. Plus tard, lorsque la suppuration est à peu près tarie, que les esquilles ont été enlevées et que la plaie s'est circonscrite, on remplace l'appareil de Scultet par un bandage inamovible qu'on laisse jusqu'à parfaite guérison du malade.

Trois mois après, ce malade est rentré à l'hôpital présentant un abcès au niveau du point où avait existé la fracture. On a ouvert le foyer, et en donnant ainsi issue au pus, on a constaté la présence d'une dernière esquille que l'on est parvenu à extraire sans trop de difficultés. Peu de jours après, la plaie faite par le bistouri était cicatrisée, et le malade sortait guéri.

Ces deux derniers faits sont intéressants et montrent l'efficacité du traitement qui a été suivi et continué pendant tout le temps que l'on avait à craindre la période inflammatoire. A quoi, en effet, a été due l'ab-

sence de toute réaction? Certes, la complication réputée la plus sérieuse dans les fractures n'a pas manqué. Dans ces deux cas, le délabrement était considérable, la plaie étendue, profonde, communiquant largement avec la fracture. On avait donc, avec juste raison, à craindre les accidents les plus formidables qui auraient inévitablement nécessité l'amputation. Ces accidents ont été évités, on ne peut le contester, par l'influence de l'irrigation continue. De quelque manière que l'eau agisse, soit en opérant une constriction dans les tissus et empêchant ainsi l'afflux du sang, soit en agissant sur le système nerveux par une action sédative, il n'en est pas moins vrai, comme le prétendaient les anciens, comme l'ont reconnu les modernes, qu'elle a une action manifeste, et que, grâce aux perfectionnements qu'il a reçus dans ces derniers temps, ce mode de traitement est appelé à rendre de vrais services.

Indépendamment de l'époque différente à laquelle ces faits ont été observés, des salles dans lesquelles ils se sont passés, n'y a-t-il pas, pour rendre raison de l'issue différente qu'ils ont offert, cette circonstance, qui nous paraît importante à noter, que les deux cas heureux affectèrent le membre supérieur, tandis que dans les deux cas suivis de mort, les désordres se sont passés dans les extrémités inférieures? Ce point nous paraît devoir être signalé pour prouver la différence du pronostic dans les deux cas.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Du staphylôme de la cornée, par MM. les professeurs Chelius et Arnold. Dans un travail récent[1], M. Wharton Jones avait avancé que le staphylôme n'est pas constitué par la cornée, mais directement par l'iris poussé en avant, et par la formation d'un tissu cicatriciel, appelé *pseudocornée*. Les altérations admises par cet auteur dans cette affection peuvent se résumer ainsi :

1° Si, par suite d'une ulcération de la cornée, une petite portion de l'iris forme un prolapsus, celui-ci s'aplatit lors de la cicatrisation de l'ulcère, et il ne reste aucune saillie.

2° Si, par l'effet d'une destruction plus étendue de la cornée, une portion de l'iris notablement plus grande a fait hernie, ce prolapsus ne se retire pas lors de la terminaison de la kératite, la tumeur proéminente subsiste, formée de l'iris et de l'humeur aqueuse, et la surface externe de ce sac se recouvre d'un tissu opaque et dense, qui, à sa base, se confond avec la cornée saine.

3° Si la cornée est détruite dans sa totalité ou dans sa plus grande partie, l'iris entier fait hernie, la pupille s'oblitère, il survient une tumeur formée par l'humeur aqueuse, qui est accumulée dans la chambre postérieure, et à la surface de cette tumeur se développe un tissu opaque, cicatriciel, une pseudocornée.

C'est contre cette doctrine que s'élève le Nestor des chirurgiens contemporains, M. le professeur Chelius, de Heidelberg, dans un travail spécial qui vient de paraître[2]. Nous nous empressons d'autant plus d'en donner ici quelques extraits, que les vues de l'écrivain anglais ne lui appartiennent pas exclusivement ; nos livres classiques s'accordent avec lui sur plusieurs points, et la discussion, dirigée contre l'un, s'adresse également aux autres. Enfin, l'anatomie pathologique est venue confirmer les résultats de l'observation clinique : le célèbre auteur des *Icones nervorum capitis*, le continuateur de M. Soemmering,

[1] *London medical Gazette*. February 1858.

[2] *Zur Lehre von den Staphylomen des Auges*, c'est-à-dire : *Sur les staphylômes de l'œil*, avec une planche. Heidelberg, 1858.

le professeur Arnold, a apporté à son collègue le témoignage de ses recherches microscopiques.

M. Chelius rappelle que, le premier, il a naguère fait connaître avec exactitude ce qui se passe dans les différentes espèces de prolapsus de l'iris, et qu'il a basé sur ces études des méthodes de traitement appropriées [1].

Lorsque la pression de l'humeur aqueuse pousse l'iris à travers une ouverture de la cornée, qu'elle soit traumatique ou la suite d'une ulcération, *c'est une partie du bord pupillaire de l'iris qui fait hernie, ou bien une partie entre le bord pupillaire et le bord ciliaire.* Dans le premier cas, qui est le plus fréquent, lorsque l'ouverture cornéale est grande, la procidence de l'iris se présente sous la forme d'une bande membraneuse de couleur foncée, qui ne subit aucun changement ultérieur, mais qui se détache, s'il s'est opéré une adhérence entre l'iris et l'ouverture cornéale. Il ne reste à cette place qu'un point noirâtre sans proéminence.

Dans le second cas, le prolapsus de l'iris est rond, sous forme de petits tubercules ou de vésicules, plus foncé, d'un volume varié, selon la grandeur de l'ouverture qui lui a donné passage. Mais le prolapsus ne conserve point cet état ni cette forme; il est de plus en plus poussé dehors par la pression permanente de l'humeur aqueuse, le tissu de l'iris est déplacé, en sorte qu'il ne reste plus que son enveloppe extérieure, qui, remplie de l'humeur aqueuse, forme la proéminence gris-blanchâtre, vésiculaire et diaphane. Elle n'est nullement fondée, dit l'auteur, cette assertion de Scarpa et d'autres, que l'accroissement de la hernie de l'iris a, dans les premiers temps de son existence, pour cause la tuméfaction de la portion étranglée de l'iris, et l'accumulation plus grande du sang dans ses vaisseaux. Indépendamment de ce que la coloration gris-blanchâtre, le volume souvent considérable et la transparence de la tumeur sont en opposition avec cette manière de voir, elle est péremptoirement réfutée par ces deux circonstances : il ne s'écoule de la tumeur

[1] *Handbuch der Augenheilkunde*, c'est-à-dire : *Manuel d'ophthalmologie*, t. II, p. 172

qu'un liquide aqueux, soit par la ponction, soit qu'elle ait été ouverte spontanément, et elle disparaît, laissant après elle à peine un vestige de la pellicule qui la formait.

Aussitôt qu'il s'opère une adhérence complète du prolapsus de l'iris avec les bords de l'ouverture cornéale, la pression de l'humeur aqueuse cesse, la procidence n'augmente pas, elle reste stationnaire pendant peu de temps, diminue ensuite graduellement de volume, ou se rompt et disparaît, dans l'un et l'autre cas, sans laisser d'autre trace qu'une tache noirâtre plus ou moins grande, entourée d'un trouble leucomateux et accompagnée de la déformation de la pupille, du côté où se trouve le prolapsus. — Cette marche est constante, et il résulte de là qu'*il n'existe pas de prolapsus invétéré de l'iris*. Lorsqu'il laisse des traces, c'est qu'un traitement intempestif, destiné à le guérir et propre seulement à augmenter l'inflammation concomitante, a été institué. Aussi, tous les efforts de M. Chelius sont exclusivement dirigés contre cette phlegmasie et contre la suppuration destructive qui l'accompagne souvent. Il ne s'occupe point de la hernie de l'iris. Quelles qu'en soient les dimensions, elle guérit toujours de la manière décrite plus haut; elles n'influent que sur le temps plus ou moins long où s'en opère l'affaissement.

La doctrine de M. Wharton Jones est en opposition directe avec les enseignements d'une observation exacte. Ainsi, il n'admet la guérison spontanée de la procidence de l'iris que pour les cas où elle est très-peu considérable. Mais on comprend difficilement comment et d'où la très-mince membrane, qui reste à la place de l'iris, se couvrirait d'un tissu ferme et cicatriciel; comment, alors seulement que cette métamorphose serait survenue, ce tissu serait distendu par l'humeur aqueuse, et pourquoi cette dernière pression ne déchirerait pas la pellicule avant que cette résistance nouvelle ne vînt à s'y opposer. — *La proéminence d'un prolapsus de l'iris ne se transforme jamais immédiatement en un staphylôme; ce dernier ne commence à se montrer que lorsque le prolapsus s'est aplati et n'existe plus;* encore faut-il qu'en outre toutes les conditions productrices du staphylôme soient réunies.

L'assertion de M. Wharton Jones, relativement à la formation du staphylôme total, est encore moins soutenable. Lorsque la cornée est détruite en entier, l'iris est affecté (?; le terme allemand *ergriffen, atteint, malade*, devrait être plus précis) de telle manière qu'il ne peut être expulsé sous forme d'une tumeur placée en avant du globe oculaire. Avec cette destruction totale de la cornée (comme dans les ophthalmies blennorrhagiques, varioleuses, ou celles des nouveaux nés), il ne se forme point de staphylôme; mais le contenu de l'œil se vide, celui-ci s'affaisse et devient un simple moignon. — Déjà Beer, un des fondateurs de l'ophthalmologie en Allemagne, avait parfaitement indiqué les principales phases des transformations qui aboutissent au staphylôme [1].

Grâce à un hasard favorable, M. Chelius a pu soumettre ses opinions à un contrôle important. Au moment de publier son travail, il a eu l'occasion de faire l'ablation de deux staphylômes très-volumineux. Ce sont ces tumeurs que M. le professeur Arnold a examinées au microscope. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici en entier le compte rendu de ces investigations, pas plus que les dessins, au nombre de cinq, qui les accompagnent et que nous avons sous les yeux. En voici le résumé, tel qu'il a été rédigé par l'auteur lui-même :

« La première des deux cornées staphylomateuses qui m'ont été remises, était, dans ses couches et ses éléments essentiels, conforme à une cornée normale : l'épithélium avec la tunique propre de la conjonctive sous-jacente, la substance cornéale proprement dite avec ses deux espèces de fibres, et la couche fibrillaire à la face interne de celles-ci, se comportèrent en général comme dans une cornée normale. De cette dernière, la cornée staphylomateuse se distingua, en outre des changements reconnaissables à l'œil nu, par l'épaisseur plus considérable des différentes couches, par la laxité et la faible cohésion des couches fibrillaires de la substance cornéale proprement dite, par

[1] *Ansicht der staphylomatösen Metamorphosen des Auges*, etc., c'est-à-dire, *Traité des métamorphoses staphylomateuses de l'œil et de la pupille artificielle;* avec planches coloriées. Vienne, 1805. — Supplément, avec planches; *ibid.* 1806.

la couche épithéliale supérieure, composée de lamelles sans noyaux, par la coloration jaunâtre de la couche épithéliale inférieure, ainsi que par l'absence de la lamelle vitrée de la membrane de Descemet dans tous les points où l'iris avait contracté des adhérences avec la cornée. De l'ensemble de ces faits, on peut conclure que cette cornée staphylomateuse offrait un état d'hypertrophie. »

La seconde cornée staphylomateuse, mesurée quelques heures après son ablation, avait un diamètre de 3/4 de ligne dans le point le plus mince du milieu, de 1/4 de ligne à ses bords, en longueur 6 1/2 lignes, et en largeur 4 1/2. A sa surface antérieure elle offrait une coloration blanche, à sa face postérieure elle était noire par le pigment de l'iris. A l'état frais et au moyen d'un faible grossissement, on reconnaissait à sa face antérieure des vaisseaux remplis de sang et dilatés en plusieurs points; ils se dirigeaient de la périphérie de la cornée vers le centre dans la conjonctive cornéale, au-dessous de l'épithélium, mais on ne pouvait pas les poursuivre plus loin au centre, à cause de l'état trouble et de l'opacité des couches épithéliales. A la face postérieure, les vaisseaux, remplis de sang d'une manière plus uniforme, convergeaient également vers le milieu, et se comportaient entièrement comme les vaisseaux de l'iris. Ces derniers adhéraient intimement aux vaisseaux de la cornée.

L'examen microscopique de la cornée, soit à l'état frais, soit après sa dessiccation, fournissait les données suivantes : La couche épithéliale était remarquablement épaissie vers le milieu. Cet épaississement n'intéressait pas la couche supérieure, composée de lamelles horizontales et de consistance cornée; il avait son siége dans la couche inférieure, qui se gonflait rapidement dans l'acide acétique, consistait en corps oblongs et munis de noyaux, et se montrait composée de plusieurs lames[1] superposées et disposées par feuillets. Au-dessous de l'épithélium, on reconnaissait distinctement les fibres de la tunique propre de la conjonctive formant une couche mince. — Les fibres de la cornée

[1] Il serait plus exact de traduire le mot allemand *lage* par le mot français *strate*, l'un et l'autre empruntés à la géognosie.



ne présentaient aucune anomalie dans leur texture, ni dans leurs dispositions. Les corpuscules de la cornée existaient en grand nombre. Sur quelques points, principalement vers le centre, les fibres de la cornée étaient comme désagrégés ou détruits, et dans les îlots ainsi formés, l'on reconnaissait les vaisseaux sanguins dilatés partiellement et les globules du sang accumulés. Ces parties de leur trajet étaient entourées de fibres de tissu cellulaire, apparemment de nouvelle formation, et croisées de façon à rappeler le chiffre 8. Elles se trouvaient dans le milieu de l'épaisseur de la cornée, sans qu'il fût possible de démontrer d'une manière positive qu'elles communiquassent avec l'une ou l'autre surface. — Les fibres de l'iris, qui avaient contracté des adhérences avec la face postérieure de la substance cornéale, étaient suffisamment caractérisées comme telles, et étaient partout confondues avec les fibres de la cornée, sans limites prononcées. (*Ibid.*, vol. IV, n° 2. 1858.) M. Borchard.

Réclamation à la presse médicale de Paris. — Nous sommes toujours très-honorés lorsque nos collègues de la presse médicale nous empruntent nos articles. Nous savons bien que souvent ce sont morceaux coupés à la taille du besoin du moment, mais souvent aussi c'est par la valeur intrinsèque des emprunts, et c'est alors surtout que nous désirerions que la source où l'on puise fût indiquée. Nous avons à nous plaindre qu'il n'en soit pas toujours ainsi, et maintes fois nous avons pris la plume pour en appeler. Mais nous avons laissé faire. — Il arrive aussi qu'on nous emprunte des articles auxquels on semble ajouter moins de prix. Ce sont des analyses ou des traductions d'articles de journaux étrangers. Il nous semble que c'est un déni de justice dont nous sommes victimes ; exemple : Tout récemment, nous avons signalé dans la *Gazette médicale de Turin* du 8 novembre 1858, un fait intéressant de contracture des doigts et de la main, publié par M. Borelli. Eh bien! le *Bulletin de Thérapeutique* du 15 janvier 1859 l'a inséré dans son Répertoire, en mentionnant seulement la première origine. Et ce n'est pas au journal italien qu'il l'a emprunté; car, à part quelques légères modifications, j'ai pu suivre et recon-

naitre ma *propre traduction*. Il ne suffit pas, en effet, de retrancher quelques mots pour ne pas citer le travail du premier traducteur.

Mais si on ne nous cite pas après nous avoir lus et copiés, on pèche quelquefois d'une autre manière. On ne nous lit pas du tout, ou du moins on fait comme si on ne nous avait pas lus, et cette fois je puis accuser, non pas un, mais quatre journaux de Paris : l'*Union médicale*, la *Revue médicale*, le *Journal des Connaissances médicales et pharmaceutiques*, le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*. Tous, éblouis par les affirmations du Dr Malago, de Ferrare, qui raconte au *Raccoglitore medico de Fano* qu'il guérit la teigne radicalement, dans l'espace de huit minutes, par le *sulfure de chaux bibasique;* tous, dis-je, n'ont pas aperçu un article de M. Le Bariller, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux, dans lequel notre confrère contrôle d'une manière pratique les assertions du médecin de Ferrare. M. Le Bariller, très-bien placé à la tête d'un hospice où les teigneux abondent, a expérimenté le sulfure de chaux bibasique, et n'en a obtenu que des effets négatifs. Si quelque intérêt s'attache à des promesses séduisantes, c'est surtout lorsqu'elles sont confirmées, et l'on doit signaler aussi les tentatives contradictoires. Mais les extraits de journaux se font vite, nous le savons, et l'on n'a pas toujours sous les yeux les articles qui se correspondent pour confirmer ou infirmer les faits. Un peu plus d'attention cependant serait justice, ce nous semble.

C.

FORMATION DE L'ASSOCIATION DE MÉDECINS DE LA GIRONDE

agrégée à l'Association générale des Médecins de France.

L'Assemblée des médecins qui avaient adhéré à l'association générale a eu lieu le 30 janvier dernier, sous la présidence de M. le Dr Bertet, doyen d'âge, M. le Dr Jeannel remplissant les fonctions de secrétaire.

L'Assemblée a d'abord discuté et adopté article par arti-

cle, sauf quelques modifications, le projet de statuts des sociétés locales qui avait été adressé par la Commission organisatrice.

— Sur la proposition de M. le Dr Plumeau, le § IV de l'article 5 est devenu le § VI du même article, avec l'addition, au commencement de la phrase, des deux mots : *et surtout*. (V. ci-après le projet de statuts.)

En adoptant cette modification, l'Assemblée a eu pour but d'indiquer formellement que, dans la constitution de l'Association des Médecins, elle attachait une importance capitale à l'influence moralisatrice de la nouvelle institution.

— Art. 4. Sur la proposition de M. le Dr Jeannel, il a été décidé qu'une interprétation de cet article serait insérée au procès-verbal dans le sens que voici :

Tous les sociétaires seront admis en assemblée générale, au scrutin et à la majorité des suffrages, sur la présentation du Bureau, même les sociétaires fondateurs, c'est-à-dire ceux qui ont adressé directement leur adhésion au président de l'Association générale, à Paris, ou ceux qui ont adhéré séance tenante.

— Art. 10. Sur la proposition de M. le Dr Jeannel, l'Assemblée a décidé que, par une interprétation insérée au procès-verbal, il serait formé, au scrutin et à la majorité des suffrages, une liste de trois candidats pour la présidence ; elle a pensé que l'autorité supérieure voudrait bien accepter et prendre en considération l'expression de ses préférences et de ses vœux.

— Sur la proposition de M. le Dr Levieux, l'Assemblée a décidé que l'Association aurait deux vice-présidents, et que dans le cas où le choix de l'autorité se fixerait sur l'un des trois candidats présentés pour la présidence, les deux autres seraient de droit vice-présidents ; enfin, que si le président était choisi par l'autorité en dehors de la liste des trois candidats, les deux premiers portés sur la liste seraient de droit vice-présidents.

L'Association médicale du département de la Gironde se trouvant constituée par l'adoption des statuts, l'Assemblée a procédé aux élections, pour former : 1° une liste de trois candidats pour la présidence, et 2° un bureau selon l'art. 10 des statuts.

RÉSULTAT DES ÉLECTIONS.

Candidats pour la Présidence :

1° M. Arthaud ;
2° M. Mabit ;
3° M. Froin.
Secrétaire, M. Jeannel.
Trésorier, M. Costes.

Membres du Bureau :

Arrondnt de Bordeaux, MM. Lalesque et Abadie.
— de Blaye, MM. Bax et Pujo.
— de La Réole, MM. Lac de Boisredon et Da Sylva.
— de Bazas, MM. Thery et Ardusset.
— de Lesparre, MM. Monneins et Piffon.
— de Libourne, M. Héricé.

PROJET DE STATUTS

de l'Association des Médecins de la Gironde, agrégée à l'Association générale des Médecins de France.

CHAPITRE I.

Composition de la Société; son Nom; son Objet.

Article premier. — Il est établi entre les Médecins du département de la Gironde qui adhèrent aux présents Statuts, une *Société de prévoyance et de secours mutuels* agrégée à l'Association générale, ayant pour but :

1° De venir au secours des Sociétaires que l'âge, les infirmités, la maladie, des malheurs immérités réduisent à un état de détresse ;

2° De secourir les veuves, les enfants, les ascendants laissés sans ressources par des Sociétaires décédés ;

3° De donner aide et protection à ses membres ;

4° De préparer et fonder les institutions propres à compléter et perfectionner son œuvre d'assistance ;

5° De fonder dans l'avenir une caisse de retraite ;

6° Et surtout de maintenir par son influence moralisatrice l'exercice de l'art dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession.

Art. 2. — La durée de la Société est illimitée.

Elle a son siége à Bordeaux.

CHAPITRE II.

Conditions et modes d'admission. — Causes et modes d'exclusion.

Art. 3. — Sont aptes à faire partie de la Société, les Médecins pouvant exercer en France en vertu des lois, décrets et ordonnances qui régissent l'exercice de la médecine, et habitant le département de la Gironde.

Art. 4. — Les Sociétaires sont admis en Assemblée générale, au scrutin et à la majorité, sur la présentation du Bureau.

Dans l'intervalle des Assemblées générales, le Bureau peut admettre provisoirement au versement de la cotisation, sauf restitution dans le cas où l'Assemblée ne validerait pas l'admission.

Art. 5. — Pour devenir membre de la Société, tout Médecin qui se trouve dans les conditions prescrites par l'article 3 doit :

1° Signer son adhésion aux présents Statuts ;

2° Acquitter la somme déterminée par l'article 18.

Art. 6. — La Société peut admettre et faire participer à tous ses avantages, sans droits d'entrée, sans condition de domicile et sans autre délai que celui fixé par l'article 21, tout Médecin sortant d'une autre Société agrégée à l'Association générale, sur la présentation d'un certificat du Président de cette Société.

Art. 7. — L'exclusion est prononcée en Assemblée générale, au scrutin et sans discussion, sur la proposition et le rapport du Bureau :

Pour faits qui entachent l'honneur de l'homme ou qui compromettent la dignité de la profession.

Sauf le cas de condamnation infamante, le Sociétaire dont l'exclusion est proposée sera invité à se présenter devant le Bureau pour être entendu sur les faits qui lui sont imputés ; s'il ne se présente pas, il sera passé outre.

Art. 8. — Cessent de droit de faire partie de la Société, les membres qui n'ont pas payé leur droit d'admission et leur cotisa-

tion annuelle, dans un délai de trois mois, après leur admission.

Il peut être sursis à l'application de cette mesure par le Bureau, lorsqu'il est justifié que ce retard du paiement de la cotisation est occasionné par des circonstances indépendantes de la volonté du Sociétaire.

Art. 9. — La radiation et l'exclusion ne donnent droit à aucun remboursement.

CHAPITRE III.

Organisation de la Société. — Commission administrative; ses attributions. — Assemblée générale.

Art. 10. — La Société est administrée par un Bureau ou Commission administrative, composé :

1° D'un Président;

2° De deux Vice-Présidents :

3° De deux membres par arrondissement

4° D'un Secrétaire ;

5° D'un Trésorier.

Le président est nommé par l'Empereur; les autres membres sont élus par la Société.

Art. 11. — La Commission administrative est renouvelée tous les cinq ans, à la majorité relative des suffrages; ses membres sont rééligibles.

Art. 12. — La Commission administre et distribue le fonds de secours ; elle adresse au Conseil général les sommes destinées à former le fonds de l'Association générale.

Art. 13 — Le Président surveille et assure l'éxécution des Statuts. Il adresse chaque année au Préfet le compte-rendu exigé par l'article 20 du décret du 26 mars 1852.

Le Président signe avec le Trésorier les ordonnances de paiement de toute nature.

Il représente la Société aux Assemblées annuelles de l'Association générale; s'il est empêché de s'y rendre, il délègue son droit à l'un des vice-Présidents, ou à leur défaut à l'un des membres de la Commission.

Art. 14. — Le Secrétaire reçoit les demandes d'admission et de secours ; il rédige les procès-verbaux ; il est chargé de la correspondance et de la conservation des archives.

Art. 15. — Le Trésorier fait les recettes et les paiements de

la Société; il délivre aux Sociétaires, au moment de leur admission, des cartes sur lesquelles il constatera le paiement de la cotisation.

Art. 16 — Les membres de la Société se réunissent tous les ans en Assemblée générale, un mois au moins avant l'Assemblée annuelle de l'Association générale.

L'Assemblée entend le rapport des opérations de l'année, reçoit les comptes et les approuve.

Le Président peut, en outre, convoquer l'Assemblée générale, soit d'office, soit sur la demande de vingt membres.

Art. 17. — La Commission se réunit tous les mois à jour fixe, et chaque fois qu'elle est convoquée par le Président.

CHAPITRE IV.

Obligations envers la Société. — Droit d'admission. — Cotisation.

Art. 18. — Les Sociétaires s'engagent à payer une cotisation annuelle qui ne pourra être moindre de 12 fr., et à s'acquitter avec zèle et exactitude des fonctions qui leur sont déléguées par le Bureau ou l'Assemblée.

Art. 19. — Chaque Sociétaire est tenu de payer, au moment de son admission, une somme de 12 fr. au moins, destinée au fonds de l'Association générale.

CHAPITRE V.

Obligations de la Société envers ses Membres; secours; pensions.

Art. 20. — Peuvent obtenir des secours :

Les Sociétaires;

Leurs veuves et leurs enfants;

Leurs ascendants.

Art. 21. — Le Sociétaire n'a droit aux secours qu'après avoir fait partie de la Société pendant trois années consécutives. Cependant, si, avant l'expiration de ce délai, il est fait une demande suffisamment motivée, un secours exceptionnel peut être accordé.

Art. 22. — Toute demande de secours doit être adressée au Secrétaire de la Société.

La Commission administrative, après informations prises, statue sur la demande.

Art. 23. — Les secours distribués ne sont que temporaires;

ils peuvent êtres renouvelés, mais sans engager l'exercice suivant.

Art. 24. — En cas d'infirmités ou de vieillesse, le Sociétaire dénué de resources pourra recevoir une pension viagère d'assistance, d'après les termes de l'article 46 des Statuts de l'Association générale.

CHAPITRE VI.

Ressources et charges de la Société. — Placement des fonds.

Art. 25. — Les ressources de la Société se composent :

1° Du produit des cotisations ;

2° Des dons et legs faits à la Société ;

3° Du revenu des fonds placés.

Art. 26. — Les charges annuelles de la Société se composent :

1° De la cotisation due par la Société à l'Association générale ;

2° Des frais d'administration ;

3° Des secours ;

4° D'un prélèvement, fixé par l'Assemblée générale, sur les revenus annuels, pour constituer le fonds de réserve de la Société.

Art. 27. — Les fonds seront placés conformément aux prescriptions des articles 13 et 14 du décret organique du 26 mars 1852 sur les Sociétés de secours mutuels.

CHAPITRE VII.

Modifications. — Dissolution. — Liquidation. — Jugement des Contestations.

Art. 28. — Toute proposition tendant à modifier les Statuts et Règlements devra être soumise d'abord à la Commission administrative, qui juge s'il y a lieu d'y donner suite.

Une proposition de modification des Statuts présentée par le tiers des membres de l'Association, devra être soumise à l'Assemblée générale, nonobstant l'avis du Bureau.

Aucune modification ne pourra être admise qu'à la majorité des membres présents à l'Assemblée générale, et ne pourra devenir exécutoire qu'après avoir reçu l'approbation du Préfet.

Art. 29. — La liquidation s'opérera suivant les conditions prescrites par l'art. 15 du décret organique du 26 mars 1852.

L'Association générale recueille les fonds qui forment le reliquat de liquidation de la Société dissoute.

Art. 30. — La Commission administrative juge en premier ressort toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation et à l'exécution des Statuts et Règlements.

Le Conseil judiciaire de l'Association générale décide d'une manière souveraine.

Art. 31. — Les membres de la Société s'interdisent tout recours devant les tribunaux, sous peine d'exclusion.

Liste des adhérents à l'Association.

Docteurs.

Froin. — Denucé. — Cazenave. — Moussous. — Levieux. — Reimonencq. — Piffon. — Hérické. — Ardusset. — Jeannel. — E. Gintrac. — H. Gintrac. — Bitot. — Oré. — Mabit. — Rousset. — Costes. — Plumeau. — Segay. — E. Azam. — Borchard. — Venot. — Da Sylva. — Busquet. — A. Lalesque. — Lalanne. — Hameau. — Lac de Boisredon. — Bureau. — Grezeau. — Legendre. — Berthet. — J. Lalesque. — Verdu. — Chabannes. — Ferchaud. — Oulès. — Lalaurie. — Banon de Chatenay. — De Biermont. — Bert. — Duprada. — Dubacquié. — Magne. — Anerou. — Kostki. — Hirigoyen. — Larrue. — Lanelongue. — Dondats. — Gervais. — Pièchaud. — Marmisse. — Crezonnet. — Le Blaye. — Labat. — Labatut. — Buisson. — Arthaud. — Monneins. — Gellie. — Négrier. — Rougier. — Chabrely. — De Chapelle. — Abadie. — Théry. — Levillain. — Ferrier père. — Ferrier fils.

Officiers de santé.

Brousse. — Rogé. — Dossat. — Dutauzin. — Augey. — Dupont père. — Cutolli — Mialaret. — Trouillé. — Roumat. — Descazeaux. — Depons. — Reboul.

— Une députation de l'Association s'est rendue auprès de M. le Préfet de la Gironde, le 5 février, pour lui remettre le projet de Statuts; elle a été reçue avec cette haute bienveillance qui impose la confiance en même temps que le respect, et elle a emporté l'assurance de recevoir, dans un court délai, l'autorisation et l'approbation de l'autorité supérieure.

Quant à nous, nous pouvons affirmer que bien des répugnances se sont dissipées, que bien des inquiétudes se sont calmées à la suite de la séance du 30 janvier. L'évidence des faits est venue démontrer aux sceptiques les plus obsti-

nés que l'Association des Médecins de la Gironde, comme l'Association générale, a été fondée dans l'intérêt du corps médical tout entier; que si la grande institution qui va se développant chaque jour n'a pas atteint du premier coup l'idéal de perfection rêvé par les cœurs les plus enthousiastes, la voie est décidément ouverte pour l'amélioration morale et matérielle du corps médical, puisque le concours sympathique de tous les hommes de bonne volonté est devenu possible. J. JEANNEL.

Dans une lettre que M. A. Latour adresse à M. Diday (*Union médicale*, n° 18, 12 février 1859), nous trouvons des conclusions parfaitement identiques à celles que nous posions au rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon* dans notre numéro d'octobre 1858, et qui nous semblent devoir lever tous les scrupules des Associations locales déjà formées et approuvées, quant à leur agrégation, à l'Association générale.

Voici ces conclusions :

« 1° L'association du Rhône étant une Société approuvée, peut spontanément s'agréger à l'Association générale sans autres formalités qu'une délibération de sa part.

» 2° Par cette agrégation, l'Association du Rhône ne perd ni son *individualité*, ni sa *composition*, ni ses *conditions d'existence*, ni son *mode de fonctionner*, ni sa *fortune*.

» 3° Cette agrégation ne lui impose d'autre obligation que celle de participer, par une légère contribution annuelle, aux charges et aux avantages de la mutualité générale. »

C'était bien là, sauf les expressions et aussi l'autorité, les propositions que nous avions présentées à M. Diday. Seulement, nous poussions plus loin, relativement à l'un des articles : l'admission des officiers de santé, le droit des associations à former. Il paraît qu'il n'appartient qu'à celles qui déjà ne les ont pas admis de continuer à garder ce droit. Celles qui se formeront doivent les admettre.

Après ces explications si précises, si péremptoires, il nous semble que les Associations du Rhône, du Bas-Rhin, de la Haute-Garonne, etc., ne peuvent manquer, en application de leurs principes, de s'agréger à l'Association générale.

C.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr Pouget, médecin inspecteur des bains de mer de Royan, est décédé à Bordeaux. Il fut un des représentants des idées chirurgicales du célèbre Delpech, dont il avait été l'élève.

RÉSUMÉ MÉTEOROLOGIQUE

(de Janvier 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	0	8	2	765	769	Nord.	Beau.	Très-belle journée.
2	0	6,5	3	773	774	Nord.	Beau.	*Idem.*
3	1	6,5	4	772	771	N.-E	Beau.	*Idem.*
4	1	6	5	770	770	N.-E	Beau.	*Idem.*
5	5	7,5	5	770	769	Est.	Beau.	Le t. semble se ramol.
6	1	6	3	769	769	Est.	Beau.	
7	—0,5	7	—1	771	771	Est.	Beau.	Très-belle journée.
8	—1	3,5	—1	774	774	N.-E	Beau.	*Idem.*
9	—3	3	—2	775,5	775,5	N.-E	Beau.	*Idem.*
10	—5	0	—2,5	776	780,5	N.-E	Beau.	*Idem.*
11	—4	2	—1,5	780,5	780	N.-E	Beau.	Brouil. le mat. b. journ.
12	—2,5	4	2	776	772,5	Est.	Beau.	*Idem.*
13	3	6,5	3	772,5	772,5	Est.	Couv.	Ciel brumeux.
14	1	6	2	773	772	N.-E	Beau.	Br. le mat., ciel nuag.
15	—2,5	3	3	771	770	S.-E	Couv.	Ciel brumeux.
16	0	4	3	769	769	S.-E	Couv.	Un peu de pluie le mat.
17	3	8	3	769	769	S.-E	Beau.	Très-belle journée.
18	3	10	5	770	770	S.-O	Beau.	*Idem.*
19	3,5	10	8	770	769	S.-O	Beau.	Pluie abondante le soir.
20	5	10	6	771	771	S.-O	Couv.	Pl. la nuit, brouil. le soir
21	3	8	6	770	769	S -O	Beau.	Ciel nuageux.
22	3	8	7	767	766	S. -O	Pluie.	Pluie très-abondante.
23	4	8	7	764,5	760	Ouest	Pluie.	*Id.* avec vent très-fort.
24	6	7	5	763	767	N.-O	Couv.	Brouillard le soir.
25	7,5	11,5	8,5	769	771	Est.	Beau.	Jolie journ., brouil. le s.
26	9	12	10	769	769	S. -O	Pluie.	Très-grande humidité.
27	10	12,5	10	769	768	Ouest	Pluie.	*Id.* vilaine journée.
28	10	13	11,5	767	766	Ouest	Pluie	*Idem.*
29	11,5	14	12	767	765	Ouest	Pluie.	Pl. faible, forte humidité
30	11	15	12	763	760	S. -O	Pluie.	Pluie légère.
31	8	11,5	8	761	762	S. -O	Pluie.	*Idem.*

Résumé des observations météorologiques de Janvier 1859.

THERMOMETRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	11° le 30.	15° le 30.	12° le 30.
Moindre............	—5° le 10.	0° le 10.	2°5 le 10.
Moyen..	3° les 13, 17, 18, 21, 22.	7°5 le 5.	5° les 4, 5, 18, 24.

Chaleur du milieu du jour : 21 jours de 0° à 8° ; 10 jours de 10° à 15°.

BAROMÈTRE.

Maximum....................	780,5 mill. le 11.
Minimum............	760 mill. le 30.
Medium.....	770 mill. les 4, 18, 19, 21.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du

nord.........	2	fois.
nord-ouest..	1	»
ouest...... ...	4	»
sud-ouest....	8	»
sud..........	»	»
nord-est.....	7	»
sud-est......	3	»
est............	6	»

VENTS DOMINANTS : Est et ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours

beaux.........	18.
couverts......	5.
pluie..........	8.
glace..........	7.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de janvier a commencé par une longue série de beaux jours, favorisés par des vents d'est et de nord-est. La température ne s'est pas cependant trop fortement abaissée : le minimum n'a été que de —5° dans la matinée du 10. La sécheresse, qui était grande au commencement du mois, a été tempérée plus tard pas des brouillards et des brumes assez fortes, qui ont été suivies de pluies très-abondantes jusqu'à la fin du mois. La journée du 23 a été marquée par un ouragan de vent d'ouest assez violent, qui n'a que faiblement influencé la colonne barométrique. Un fait remarquable à signaler, c'est la grande élévation de la colonne mercurielle, dont la moyenne du mois est de 770 millimètres, et le maxima de 780,5 millimètres. Nous voyons rarement une telle élévation aussi longtemps soutenue; elle doit sans doute se rattacher à quelque phénomène météorologique qui aura produit une forte dépression sur un autre point du globe.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE

sur la mélastéarrhée (*stearrhœa nigricans*);

par M. E. GINTRAC, Professeur de Clinique interne et Directeur de l'École de Médecine.

Ce nom a été donné à une maladie fort rare et très-curieuse, qui consiste en une coloration noire imprégnant les paupières et les parties voisines de la face. Cette coloration diffère de celle qui résulte d'une altération du pigment. Elle n'est pas sous-épidermique; elle dépend d'un enduit déposé sur l'épiderme, et qu'il est possible d'enlever. Cette maladie a des rapports marqués avec l'acné sebacea ou stéarrhée.

La science ne possède sur cet état morbide qu'un petit nombre d'observations, dont voici les principales circonstances :

En 1709, James Yonge écrivit à Hans Sloane qu'une jeune fille de Plymouth, âgée de seize ans, ayant eu sur les joues des papules brûlantes, présenta un mois après, sur les parties de la face que couvrirait une visière, une coloration noire semblable à celle d'un nègre. Des lotions enlevaient cet enduit, qui se reproduisait jusqu'à cinq ou six fois par jour. Il n'était accompagné d'aucune douleur, mais d'un peu de chaleur et de rougeur. Quand il venait d'être enlevé, la peau restait nette et blanche; en se reformant, il salissait les linges

et vêtements qui touchaient la face; il était onctueux au toucher et semblait formé d'un mélange de graisse et de suie. Cette matière était insipide. La jeune fille n'était pas encore réglée; elle était peu développée, mais bien portante. Plus tard, Yonge fit savoir que l'enduit noir était divisé en plusieurs taches, reparaissant plus rarement, et étant moins foncé que dans les premiers temps [1].

Le second exemple est dû à M. Teevan [2]. La malade, observée d'abord par le D[r] Read, de Belfast [3], était âgée de quinze ans, mal réglée, souffrant de la poitrine et ayant les digestions difficiles. Une teinte très-noire, commençant à l'angle interne des paupières, couvrait le pourtour des yeux et une partie du front. Ces surfaces étaient très-sensibles. On enleva l'enduit avec douleur, et il ne tarda pas à se reproduire. Les moyens locaux (astringents, nitrate d'argent) parurent nuisibles; ils amenèrent deux fois un érysipèle de la face. Au bout de quatre mois il survint des vomissements abondants d'un fluide d'apparence fuligineuse. Il y eut des selles et des urines noirâtres. Peu de temps après, la coloration noire de la face disparut, la santé générale était devenue très-bonne.

La troisième observation appartient à M. le D[r] Bousquet, de Saint-Chinian [4]. Une jeune femme, âgée de vingt-un ans, sans enfants et parfaitement réglée, pré-

[1] *Philos. Transact.*, 1709.

[2] *Med.-chir. Transact.*, t. XXVIII, 1845. (*Medical Times*, t. XII, p. 193.)

[3] *Dublin medical Press*, t. XIV, p. 384.

[4] *Mém. de l'Acad. de Méd. de Paris*, 1854, t. XVIII, p. 559.

cédemment atteinte de toux et de dyspnée, s'aperçut d'une teinte d'abord bleuâtre, puis brune et même noire, qui couvrit les paupières, les joues, et qui s'étendit à tout le visage. Cet enduit s'enlevait en essuyant la peau, qui restait un peu grise, comme un menton masculin dont la barbe très-noire viendrait d'être rasée. On voyait bientôt suinter des gouttelettes d'un fluide noir. Il existait en même temps une céphalalgie intense. Après quatre mois, l'enduit disparut; quelques jours après il revint, mais pour s'effacer définitivement.

La quatrième observation a été communiquée à M. Moore Neligan, par le Dr Quinan, médecin du dispensaire de Donnybrook, près Dublin [1]. La malade était une jeune fille de vingt-un ans, tailleuse, lymphatique, atteinte d'aménorrhée pendant un an, et d'espèces d'attaques d'érysipèle revenant à chaque période menstruelle, puis de toux, d'irritation gastrique et de vomissements sanguinolents. Il se forma à l'angle interne de l'œil gauche une tache d'un noir-bleuâtre foncé, qui s'étendit le long de la paupière inférieure; le même phénomène s'observa du côté droit, les conjonctives conservant un aspect normal. Ces taches augmentèrent à chaque période menstruelle; elles prirent la couleur de l'encre de Chine. Elles n'étaient pas uniformément étendues; on distinguait des points d'un noir plus foncé. La peau qu'elles recouvraient était extrêmement sensible. Cette coloration anormale se répandit sur les joues, le nez, le front. Autour des taches noires des joues exsuda plus tard une matière jaune ayant absolument

[1] *Dublin quarterly Journ.*, may 1855, p. 295.

la couleur de celle qui constitue la *stearrhæa flavescens*. Enfin, M. Neligan constata que l'enlèvement de la matière noire laissait à découvert une surface cutanée rouge, présentant élargis les orifices des follicules sébacés hypertrophiés. A ce fait M. Neligan en a ajouté un autre qui lui a été fourni par M. Law, et qui paraît avoir été fort analogue.

M. Erasmus Wilson a vu la *stearrhæa nigricans* chez deux jeunes femmes, dont l'une était confiée aux soins du Dr MacIntyre [1].

M. Leroy de Méricourt a eu la chance de rencontrer à Brest cinq cas, dont deux très-bien caractérisés [2].

M. J.-T. Banks a observé la même affection à l'asile de Richmond, chez une fille âgée de vingt-trois ans, atteinte de monomanie suicide, ayant eu des érysipèles de la face, une longue aménorrhée, des hémoptysies périodiques. La teinte noire entourait les yeux et s'étendait sur les côtés du nez. La couleur de cet enduit était plus foncée pendant les époques menstruelles et au renouvellement des hémoptysies supplémentaires. Il y avait en outre agitation nerveuse, constipation, météorisme de l'abdomen, rétention d'urine [3].

Récemment, M. Blaise, de Gerpunsart (Ardennes), a observé une coloration bleuâtre sur le front et sur les paupières d'une fille âgée de vingt-six ans, mal réglée, et éprouvant aux époques menstruelles des symptômes de congestion cérébrale. La matière colorée est déposée

[1] *Diseases of the skin*, p. 595.

[2] *Archives*, 5e série, octobre 1857, p. 439.

[3] *Dublin quarterly Journal of med. Sc.*, may 1858, p. 266.

en un pointillé très-dense, qui s'enlève aisément pour reparaître peu à peu [1].

M. Maker, de Colmar, a donné un autre exemple de coloration spéciale de la face, observé chez une fille de dix-neuf ans, sujette à l'aménorrhée et ayant eu une hémoptysie [2].

Enfin, on lit dans l'un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, deux nouvelles Observations : l'une de coloration réelle [3], et l'autre de coloration simulée [4] de la peau de la face.

Tels sont les faits principaux sur lesquels il est d'autant plus possible de fonder quelques considérations générales, qu'ils offrent entre eux les plus grandes analogies :

1° Toutes les personnes affectées appartenaient au sexe féminin.

2° C'étaient des femmes ou plus souvent des filles de quinze à vingt-six ans.

3° La plupart offraient quelques vices de menstruation. L'une d'elles n'était pas encore réglée; d'autres, en petit nombre, avaient conservé une menstruation très-régulière, ou cette fonction s'était rétablie sans amener de changement dans la maladie locale [5].

4° Des troubles du système nerveux, des flux hémorrhagiques ont précédé l'apparition de la mélastéarrhée.

[1] *Gaz. des Hôp,*, 1858, p. 517. Cette observation est inscrite sous le titre de *chromidrose.*

[2] *Gaz. des Hôp.*, 1859, n° 6.

[3] Par M. Kirchberg, de Nantes; *Gaz. des Hôpit.*, 1859, p. 118.

[4] Par M. Duchêne, de Pavilly (Seine-Inférieure); *ibidem.*

[5] M. Leroy de Méricourt, p. 440.

5° Des érysipèles de la face ont eu lieu avant et pendant son cours.

6° Une sensibilité plus ou moins vive, quelquefois de la rougeur et de la chaleur, se sont montrées sur les points colorés.

7° L'enduit a d'abord paru autour des yeux; il s'est plusieurs fois étendu sur le nez, le front, les joues, rarement sur tout le visage.

8° Il était épais et gras, d'un noir ou d'un bleu foncé. Il paraissait plus considérable à certaines époques; détaché, il se reproduisait dans l'espace de quelques heures.

9° Examiné au microscope, cet enduit s'est montré à M. Er. Wilson d'apparence sébacée; les noyaux des cellules, au lieu d'être incolores, étaient très-noirs. M. Kœberlé a trouvé des cellules épithéliales incolores ou jaunâtres, et d'autres colorées en bleu foncé, et en outre une matière amorphe insoluble très-analogue à l'indigo. (Observation de M. Maker).

10° La matière noire fournie par la malade du Dr Read ayant été analysée par M. Rees, s'est trouvée composée de carbone, fer, chaux, matière albumineuse, matière grasse, chlorure de calcium et phosphate de chaux.

11° La guérison a plusieurs fois été obtenue au bout de quelques mois. Il y a eu des récidives.

12° Les topiques n'ont eu aucune utilité. Le traitement a dû être général, fondé sur l'état de la constitution, sur la nécessité de rappeler le flux menstruel.

La singulière affection dont je viens de rappeler les traits les plus remarquables, consiste bien évidemment en une lésion de la sécrétion folliculaire. Ce n'est point

une altération du pigment, ni une perturbation de la perspiration cutanée.

Si la lésion était sous-épidermique, les lotions, les frictions, ne la modifieraient en rien; il ne peut rester à cet égard aucun doute. Cette affection est également étrangère à l'appareil sudoripare; quelques faits justifient cette opinion.

1° La matière déposée s'est montrée analogue au fluide sébacé, soit par ses propriétés physiques, soit par l'examen microscopique, soit par l'analyse chimique.

2° Ce n'est qu'une matière de ce genre qui puisse se coller à la peau. La sueur coule au lieu de se déposer et de se concréter.

3° Cette matière enlevée laisse la peau blanche ou teinte d'une couleur grise, selon que les orifices des follicules en sont entièrement débarrassés ou en retiennent une partie.

4° Ces orifices ont été parfaitement distingués.

5° La stéarrhée flavescente a coïncidé avec la mélastéarrhée. Or, cette coïncidence montre l'identité de ces deux modes d'altération de la sécrétion folliculaire.

6° Enfin la mélastéarrhée a généralement été très-circonscrite, tandis qu'une sueur, quelque partielle qu'on la suppose, couvre presque toujours une surface plus ou moins étendue.

La dénomination de *chromidrose*, qui veut dire *sueur colorée*, ne convient donc pas à cette maladie. Pour reconnaître la différence qui existe entre ces états morbides, il suffit de comparer celui qui vient d'être décrit avec des faits de chromidrose, par exemple avec celui qu'a publié Billard, lequel peut être regardé comme

le type de ce genre d'affection. Il s'agit d'une fille de seize ans, dont le visage se couvrait d'une teinte bleue, due à la transpiration de cette partie. Il existait des symptômes d'irritation pulmonaire. Sous l'influence du bi-carbonate de soude, donné à la dose de 30 à 90 centigrammes dans de l'infusion de feuilles d'oranger, cette coloration disparut graduellement. L'analyse chimique ne réussit point à dévoiler la cause de cette chromidrose. On remarqua que l'air, par le fait seul de l'évaporation de la sueur, faisait disparaître la coloration. Les linges étaient tachés, non comme s'ils l'eussent été par un corps gras, mais par un liquide aqueux ; la peau essuyée ne conservait aucune trace de matière colorante. Quand la transpiration générale était plus abondante, la coloration bleue augmentait. Enfin, cette sueur n'était pas bornée à une partie du visage, elle s'était étendue à toute la face, au cou, à la poitrine, à l'abdomen [1].

Il suit de ces faits, que les mots *chromidrose* et *mélastéarrhée* ne doivent pas être pris comme synonymes; ils expriment deux maladies différentes, dont le diagnostic doit être établi avec soin, afin d'éviter la confusion des termes qui servent à les désigner.

RECHERCHES

sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées, et sur l'action dynamique des sels gras à base de mercure ;

par M. le Dr J. JEANNEL.

On sait que les carbonates alcalins ou le savon à très-petites doses émulsionnent les corps gras par la

[1] *Archives*, 1831, t. XXVI, p. 453.

plus légère agitation [1], comme le liquide pancréatique [2], et que les huiles peuvent dissoudre de notables proportions de sels gras sans perdre la propriété d'être émulsibles par les carbonates alcalins ou le savon [3].

Ayant résolu d'étudier l'action de quelques oxydes métalliques en combinaison avec les acides gras et dissous à l'état d'oléo-stéarates dans les huiles grasses, j'ai songé à injecter dans l'intestin grêle ces dissolutions huileuses préalablement émulsionnées dans l'eau distillée au moyen de très-petites doses de carbonate alcalin

[1] V. *Mémoire sur l'Émulsionnement, etc.* (lu à l'Académie de Médecine dans la séance du 3 novembre 1857), par MM. Jeannel et Monsel. Extrait dans l'*Union médicale* du 5 novembre 1857.

[2] Le savon émulsionne beaucoup plus puissamment que la quantité de carbonate alcalin qu'on en retire par la calcination. L'émulsion produite par la solution de savon peut être acidulée par l'acide acétique sans que le corps gras se sépare complétement ; la liqueur, quoique rougissant le papier de tournesol, reste indéfiniment blanche et lactescente, en même temps qu'une partie de l'huile vient surnager. La persistance de l'état émulsif d'une grande proportion d'huile, malgré l'acidification par les acides étendus, est complète et indéfinie lorsque les solutions de savon, de carbonate ou de bi-carbonate de soude à 1 0/0 sont albumineuses. D'après ces observations, une solution albumineuse alcaline agit, à bien peu de chose près, comme le suc pancréatique, et je suis porté à croire qu'il n'est pas nécessaire de faire intervenir un principe animal émulsionnant (la pancréatinine) pour rendre compte de l'action du suc pancréatique sur les corps gras. (V. contre cette opinion Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*, 1859, t. II, p. 346.)

[3] V. l'extrait du susdit Mémoire *sur l'Émulsionnement*, et *Recherches chimiques sur le rôle des corps gras, etc.*, par M. Jeannel. Mémoire présenté à l'Académie des Sciences dans la séance du 27 décembre 1858, et imprimé *in extenso* dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, fév. 1859.

ou de savon ; j'espérais en assurer ainsi l'absorption directe par la digestion intestinale, et d'ailleurs cette méthode me paraissait offrir l'avantage d'éviter la ligature de l'œsophage et les complications qui en sont la conséquence.

On conçoit bien, en effet, qu'il est indispensable d'introduire dans l'estomac les agents dont on veut reconnaître en même temps, et l'action locale sur les parois de cet organe, et l'action générale sur l'organisme ; il faut alors se résoudre à pratiquer la ligature de l'œsophage dans le but de prévenir les vomissements; mais n'est-il pas rationnel d'injecter dans l'intestin grêle, à l'état émulsif, les solutions huileuses d'oxydes métalliques qui seraient vomies, bien que leur action locale soit à peu près nulle, et qui d'ailleurs ne seraient jamais absorbées naturellement que dans l'intestin, à la condition d'avoir été émulsionnées par les liquides alcalins de la seconde digestion ? Enfin, cette injection qui assure l'absorption ne permettra-t-elle pas d'étudier nettement l'action générale ou dynamique des oxydes métalliques, dégagée autant que possible de leur action locale irritante ou chimique ?

Pour mettre à exécution ce plan de recherches, qui ouvre peut-être une voie nouvelle aux expériences toxicologiques, et qui peut donner de vives lumières à la thérapeutique, il fallait commencer par constater positivement chez les animaux vivants l'absorption des huiles grasses pures émulsionnées par de très-petites doses de carbonate alcalin ou de savon ; en d'autres termes, il fallait constater l'absorption du dissolvant avant de rechercher l'action des agents qu'il peut dis-

soudre. Après cette étude préliminaire, il s'agissait de constater les effets locaux ou chimiques, puis les effets généraux ou dynamiques des sels gras qui semblent offrir, en raison de la nature de leur base, le plus d'intérêt au point de vue toxicologique et thérapeutique.

J'espère signaler par-là de plus en plus à l'attention des thérapeutistes une série de médicaments que je crois destinés à jouer un rôle important dans la matière médicale.

D'après ces considérations, le présent travail sera divisé en deux parties :

Dans la première, je rendrai compte des expériences que j'ai exécutées pour reconnaître si l'huile grasse émulsionnée par les carbonates alcalins ou par le savon peut être absorbée, surtout dans l'intestin grêle, et s'il résulte de cette absorption des phénomènes pathologiques. Dans la seconde, j'exposerai une série d'expériences entreprises pour constater l'action des sels gras à base de mercure sur l'économie animale [1].

Ire PARTIE.

Recherches sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées par les carbonates alcalins ou par le savon.

Les voies d'absorption que j'ai expérimentées sont les suivantes :

1° L'intestin grêle, dans le but de démontrer :

A, l'absorption elle-même,

[1] V. *Combinaisons des oxydes de mercure avec les acides oléique et stéarique, au point de vue chimique et pharmacologique*, par M. Jeannel. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, déc. 1858.)

B, l'innocuité de l'éventration suivie d'injection dans l'intestin chez le chien.

2° Le péritoine, en pratiquant des injections au moyen d'un trocart à travers les parois abdominales.

3° Comme appendice aux expériences qui démontrent l'absorption, j'ai cherché à reconnaître si les huiles grasses émulsionnées par le carbonate de soude ou le savon sont assimilées lorsqu'on les injecte dans le système vasculaire sanguin.

CHAPITRE I.

Injection d'huile émulsionnée dans l'intestin grêle.

A. — Dans le but de démontrer l'absorption de l'émulsion.

Exp. n° 1. — Chien très-bien portant; poids : 6 kilogrammes; à jeûn depuis vingt-quatre heures. — Ayant fait à la paroi abdominale une incision oblique de 5 centimètres de longueur, à trois travers de doigts au-dessous des fausses côtes à droite, j'attire au dehors une anse d'intestin grêle de 25 centimètres de longueur; j'intercepte cette anse intestinale par deux ligatures fortement serrées; puis, ayant fait une ponction vers son milieu au moyen d'un bistouri droit, je fais sortir, en pressant avec les doigts et ramenant vers l'ouverture, un peu de matière chimeuse et de mucosités qui tapissaient les parois internes de l'organe. Cela fait, j'injecte 5 grammes d'huile d'olives émulsionnée dans 60 grammes d'eau distillée par 5 centigrammes de carbonate de soude. L'injection terminée, je ferme l'ouverture des parois intestinales par trois points de suture en surjet, puis je réduis l'anse intestinale, qui est modé-

rément distendue, sans défaire les ligatures qui l'interceptent; enfin, je réunis la plaie de la paroi abdominale.

Le chien étant resté attaché sur la planche, après soixante-quinze minutes écoulées, je décous la plaie abdominale, je retire l'anse d'intestin, je décous la suture de la plaie intestinale; alors, pressant avec les doigts et ramenant vers l'orifice avec beaucoup de soin, j'évacue ce qui reste dans l'intestin; je recueille ainsi une matière crémeuse très-épaisse dont le poids est d'un gramme et demi, et qui, traitée plus tard par l'éther sulfurique, a donné 4 décigrammes de graisse demi-liquide.

Le chien a survécu à cette double éventration. La plaie de l'intestin a été fermée pour la seconde fois, les ligatures ont été enlevées, l'anse intestinale a été réduite de nouveau et la plaie abdominale de nouveau recousue. L'animal a refusé les aliments pendant trente-six heures; au bout de ce temps, il a bu un peu de lait. Le cinquième jour, il était rétabli, et la plaie abdominale était en pleine voie de cicatrisation.

Exp. n° 2. — La même expérience a été renouvelée sur un chien moins vigoureux; l'absorption de l'émulsion a eu lieu de la même manière, mais l'animal a succombé au bout de trente heures à une péritonite.

On conçoit qu'une pareille expérience soit suivie de la mort de l'animal; mais elle n'en démontre pas moins, d'une manière irréfragable, que l'huile émulsionnée par de petites doses de savon ou de carbonate alcalin est absorbée dans l'intestin aussi complétement que l'huile émulsionnée par le suc pancréatique lui-même.

B. — Dans le but de démontrer l'innocuité de l'éventration suivie d'injection intestinale.

Exp. n° 3. — Chien vigoureux; poids : 8 kilogrammes. — Ouverture de l'abdomen par une incision de 5 centimètres de longueur, à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, obliquement dirigée d'avant en arrière, à droite de la ligne blanche. L'intestin grêle se présente aussitôt et fait une hernie, qui s'accroît rapidement par suite des contractions et des cris de l'animal. Il s'échappe ainsi environ 50 centimètres d'intestin.

Piqûre de l'intestin au moyen d'un petit trocart d'un millimètre de diamètre, et injection de 10 grammes d'huile émulsionnée dans 60 grammes d'eau distillée par un décigramme de carbonate de soude. Après l'injection, la piqûre est fermée par deux points de suture en surjet, l'intestin est réduit, et la plaie abdominale est fermée par une suture comprenant toute l'épaisseur des parois abdominales.

Peu après, l'animal vomit des aliments avec quelques mucosités, puis il se couche et se met à lécher sa plaie. Une heure après il boit. Il a une selle solide pendant la nuit. Le lendemain, il mange avec avidité; il est évidemment rétabli.

Exp. n° 4. — Jeune chien; poids : 2 kilogrammes. — Opération décrite ci-dessus : injection de 6 grammes d'huile émulsionnée dans 50 grammes d'eau distillée. L'animal mange du pain quelques minutes après qu'il est détaché. Il ne vomit pas. Selle solide. Il est rétabli le lendemain.

Exp. n° 5. — Chien très-gras; poids : 7 kilogram-

mes. — Opération décrite ci-dessus : injection de 10 grammes d'huile émulsionnée dans 100 grammes d'eau distillée. L'animal refuse d'abord les aliments et les boissons; il se couche et lèche sa plaie. Selle normale, pas de vomissements. Le lendemain, il est très-gai et mange avidement. La plaie était presque cicatrisée le neuvième jour.

Exp. n° 6. — Jeune chien; poids : 2 kilogrammes. —Même opération : l'animal mange du pain deux heures après. Le lendemain, il est rétabli.

Je conclus de ces expériences que les chiens supportent très-facilement l'opération qui consiste à ouvrir les parois abdominales dans la région ombilicale par une incision de 5 centimètres de longueur environ, et à injecter dans l'intestin, au moyen d'un trocart fin, une certaine quantité d'huile émulsionnée; que cette opération n'entraîne aucun danger de mort, et qu'elle n'est suivie d'aucun symptôme de quelque gravité qu'on puisse confondre avec ceux d'un empoisonnement.

Ce résultat pouvait d'ailleurs être prévu. Beaucoup d'expériences exécutées par les physiologistes démontrent l'innocuité de l'éventration simple, puisque l'éventration suivie de manœuvres diverses et du séjour de corps étrangers dans la cavité abdominale est rarement mortelle. Il me suffit de rappeler à ce sujet l'établissement de la fistule pancréatique, par M. Claude Bernard, et la ligature de la veine-porte, par mon collègue et ami M. Oré.

CHAPITRE II.

Injection d'huile émulsionnée dans le péritoine.

Exp. n° 7. — Jeune chien très-vif; poids : 3k500. —

La paroi abdominale étant percée au moyen d'un petit trocart dans la région ombilicale, j'injecte dans le péritoine 10 grammes d'huile d'olives émulsionnée dans 150 grammes d'eau distillée tiède, par 3 décigrammes de savon amygdalin. L'animal crie et s'agite beaucoup pendant cette opération. Il refuse les aliments. Cinq heures après, j'ouvre la paroi abdominale, et je recueille 80 grammes de sérosité limpide légèrement alcaline, à la surface de laquelle il n'y a pas de gouttelettes huileuses. Cette sérosité se prend par le refroidissement en gelée consistante et parfaitement transparente, sauf quelques légers grumeaux blancs opaques.

Exp. n° 8. — Jeune chien; poids : 2 kilogrammes — La paroi abdominale étant percée comme ci-dessus, j'injecte 5 grammes d'huile d'amandes émulsionnée dans 75 grammes d'eau distillée tiède, par 5 centigrammes de carbonate de potasse.

Une heure après, l'animal mange de la soupe au lait. Le lendemain, il est rétabli.

Trente-six heures après, je fais à l'abdomen du même chien une nouvelle ponction, et j'injecte 8 grammes d'huile d'amandes émulsionnée dans 60 grammes d'eau distillée par un décigramme de carbonate de soude.

Vingt-quatre heures après la seconde injection, il mange avec appétit.

Quarante-huit heures après la seconde injection, l'abdomen offrant de la fluctuation, je fais une ponction au moyen d'un gros trocart, et je retire de la cavité péritonéale 12 grammes d'un liquide ambré transparent qui se prend en gelée en refroidissant.

Exp. n° 9. — Petit chien; poids : 2 kilogrammes. — Injection dans la cavité péritonéale d'une émulsion

ainsi composée : huile d'olives, 8 grammes; eau distillée, 140 grammes; carbonate de potasse, 7 centigrammes.

Après l'injection, l'abdomen est très-distendu. L'animal vomit; il rend ses excréments et ses urines. Ses mouvements sont difficiles et incertains; il reste immobile, debout, le museau appuyé sur le sol.

Le lendemain, il mange de la soupe; mais le ventre est toujours fort distendu. Une ponction faite au moyen d'un gros trocart donne issue à 15 grammes d'un liquide ambré transparent, sans traces de corps gras, qui se prend en masse par le refroidissement comme une solution de gélatine.

Exp. n° 10. — Chien très-vif; à jeun; poids : 6 kilogrammes. — Injection dans la cavité péritonéale d'une émulsion ainsi composée : huile d'arachides, 20 grammes; carbonate de soude desséché, 2 décigrammes; eau distillée, 100 grammes. L'animal boit de l'eau quelques minutes après, et refuse les aliments; il boit un peu de lait le soir, mais il vomit peu après et reste couché. Il meurt vingt-quatre heures après l'injection.

Nécropsie. — L'abdomen étant ouvert, je trouve la surface du tube digestif rouge et couverte d'arborisations vasculaires; les circonvolutions adhèrent légèrement entre elles. La face interne de l'estomac est très-rouge : celle de l'intestin offre une série de longues plaques d'un rouge-noir qu'on croirait couvertes et imbibées de sang veineux.

La cavité abdominale renferme un liquide rougeâtre un peu trouble, où surnagent quelques gouttes d'huile.

Le volume de ce liquide soigneusement recueilli égale 50 centimètres cubes; il se rassemble à la surface une couche d'huile dont le volume égale un centimètre cube seulement [1].

Dans cette dernière expérience, l'émulsion a déterminé une péritonite mortelle, et cependant l'huile a été absorbée presque en totalité. Dans les trois autres, l'absorption de l'huile a été complète, et l'injection n'a pas même déterminé d'accidents sérieux.

CHAPITRE III.

Injection d'huile émulsionnée dans le système vasculaire sanguin, dans le but de reconnaître si elle est assimilée.

On sait que l'huile grasse injectée dans les veines dans la proportion de quelques grammes détermine rapidement la mort par une sorte d'asphyxie; il m'a semblé intéressant de rechercher s'il en est de même de l'huile émulsionnée par les carbonates alcalins ou par le savon, ou bien si cette huile ainsi émulsionnée peut être injectée sans produire aucun trouble dans la circulation et la respiration, comme celle qui est émulsionnée par le suc pancréatique [2].

[1] A peine recueillie, la sérosité se prend en gelée; elle est alcaline. Cependant, elle n'émulsionne pas par l'agitation l'huile qui s'est rassemblée à sa surface.

Au bout de dix heures, la gelée s'était séparée en deux couches : l'une supérieure, formant un gros caillot blanchâtre et consistant; l'autre inférieure, tout à fait liquide; en d'autres termes, sauf la couleur du caillot, le liquide qui avait remplacé l'émulsion s'est comporté comme le sang d'une saignée. Et ce qui complète l'analogie, c'est que la partie liquide était très-albumineuse, car elle s'est prise en masse opaque par l'action de la chaleur.

[2] V. Claude Bernard, *Mémoire sur le pancréas*, p. 141.

Voici le détail des expériences que j'ai faites à ce sujet :

Exp. n° 11. — Chien épagneul de forte taille, très-gras. — La veine jugulaire étant mise à découvert, j'intercepte la circulation au moyen d'une pince à coulisse. Le vaisseau se montre alors fortement gonflé par l'afflux supérieur du sang ; j'introduis facilement dans sa cavité un petit trocart de 0m04 de long et de 0m001 de diamètre. Retirant alors la pince et abandonnant le vaisseau à lui-même, j'injecte peu à peu (en six minutes) 20 grammes d'huile d'olives émulsionnée dans 300 grammes d'eau distillée tiède, au moyen d'un gramme de savon amygdalin.

L'animal reste parfaitement calme pendant la durée de l'injection ; j'observe seulement quelques mouvements de déglutition et une accélération marquée des mouvements respiratoires. Aussitôt l'injection terminée, il s'agite convulsivement, et je crois qu'il va succomber ; mais dès qu'il est mis en liberté, il se secoue à plusieurs reprises en remuant la queue et va se coucher dans un coin.

La respiration est restée un peu accélérée pendant dix heures. L'animal a refusé les aliments et les boissons pendant vingt-quatre heures. Ce temps écoulé, il a mangé avec voracité ; il était rétabli.

L'animal a été gardé, pendant les douze premières heures après l'opération, dans une baignoire garnie de papier gris ; les urines qu'il a rendues n'ont pas laissé la moindre tache d'huile sur le papier ; les matières fécales, délayées dans l'eau tiède, n'ont pas fourni de globules gras à la surface du liquide.

Exp. n° 12. — Chien de très-forte taille, affamé et très-maigre. — Émulsion composée de : huile d'amandes, 15 grammes; eau distillée tiède, 250 grammes; carbonate de soude desséché, 2 décigrammes.

L'injection, faite en cinq minutes, n'est accompagnée d'aucun phénomène digne d'être noté, excepté quelques mouvements de déglutition.

A peine délié, l'animal se précipite vers une écuelle de soupe; il ingère 2 kilogrammes d'aliments, puis il va se coucher et s'endort.

Exp. n° 13. — Dix-huit heures après, le même chien subit la même injection dans la jugulaire du côté opposé, et cette fois encore l'animal mange avec avidité aussitôt après l'opération, qui n'est suivie d'aucun phénomène pathologique.

Je conclus de ces expériences que l'huile grasse émulsionnée dans l'eau distillée tiède (à la dose de 6 à 7 d'huile pour 100 d'eau), au moyen du carbonate de soude ou du savon, ne produit pas chez le chien de phénomènes pathologiques lorsqu'elle est injectée dans les veines. L'émulsion est parfaitement tolérée, et tout porte à penser qu'elle est asssimilée [1].

CONCLUSIONS.

1° L'huile grasse émulsionnée dans l'eau distillée par de très-petites doses de carbonate de soude ou de savon est rapidement absorbée dans l'intestin grêle;

[1] Le dosage de l'huile et de l'eau est important; j'ai constaté qu'une émulsion trop épaisse, à 20/100 d'huile par exemple, détermine l'asphyxie immédiate.

2° L'éventration, suivie d'une injection d'huile grasse émulsionnée dans l'intestin grêle, est une opération qu'on doit considérer comme très-peu compromettante pour la santé chez le chien;

3° L'huile grasse émulsionnée est rapidement absorbée lorsqu'on l'injecte dans le péritoine, et l'émulsion est remplacée par un liquide albumino-fibrineux;

4° L'huile grasse émulsionnée ne produit pas chez le chien de phénomènes pathologiques lorsqu'elle est injectée dans la jugulaire. Même à la dose de 20 grammes dans 300 grammes d'eau, avec quelques décigrammes de savon ou de carbonate de soude, l'huile est parfaitement bien tolérée et assimilée.

(La 2e Partie au prochain numéro.)

FRACTURE COMPLÈTE DES DEUX OS DE LA JAMBE.

Tumeur à la partie externe et postérieure. Bruit de souffle unique; bruit de souffle double;

par le Dr ORÉ,
professeur à l'École de Médecine, chirurgien adjoint de l'hospice des Enfants.

Jean Devaux, cultivateur, né à Mondion (Dordogne), entra à l'hôpital Saint-André de Bordeaux le 4 juin 1854. Ce malade fut placé dans le service de M. le professeur Chaumet (clinique chirurgicale), salle 18, lit 34.

A son arrivée, cet homme me raconta qu'au mois d'avril de la même année il avait été renversé par une charrette dont la roue passa sur sa jambe gauche et lui fractura le tibia et le péroné, mais sans issue des fragments et même sans plaie. On lui appliqua à cette

époque un appareil qu'il garda pendant un mois et demi. Lorsque on leva l'appareil, le malade s'aperçut qu'il ne pouvait plus se servir de sa jambe. Vivement préoccupé de son état, il se décida alors à se faire transporter à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Voici ce que j'ai observé chez ce malade au moment de son entrée dans le service de M. le professeur Chaumet :

La jambe gauche est considérablement tuméfiée. On remarque autour des malléoles et jusqu'au $^1/_3$ supérieur à peu près un empâtement très-prononcé du tissu cellulaire, qui marque le relief que présente la crête du tibia.

La jambe offre une déformation bien sensible ; sa largeur est plus grande que celle du côté opposé. Les mouvements y sont entièrement abolis. Le malade ne peut ni la soulever ni la fléchir. En promenant le doigt le long du tibia et du péroné, on trouve deux saillies qui correspondent aux fragments supérieurs de ces deux os. Ces deux saillies se trouvent l'une en avant à la réunion du $^1/_3$ inférieur avec les $^2/_3$ supérieurs du tibia, l'autre en dehors et en bas à la réunion des $^3/_4$ supérieurs avec les $^1/_4$ inférieurs du péroné, par lequel elle est constituée.

Il est du reste facile, en imprimant des mouvements de latéralité au pied et maintenant immobile la partie supérieure de la jambe, de s'apercevoir qu'il n'existe aucun point de consolidation entre les os fracturés. Il existe en outre une tumeur à la partie inférieure et interne de la jambe, à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la malléole qui contourne la partie *postérieure*

de la jambe, et va se terminer à la partie interne et supérieure. Cette tumeur est fluctuante dans toute son étendue; mais la fluctuation est surtout sensible en dedans et en haut. Appliquée sur elle, la main n'éprouve aucune sensation d'expansion ou de soulèvement. La compression exercée soit au-dessus soit au-dessous n'amène pas de changement dans son volume. Par l'auscultation, on distingue en dehors et en bas un bruit de *souffle râpeux unique,* très-dur. A deux travers de doigt plus haut, dans un espace extrêmement circonscrit qui correspond au point où les deux fragments du tibia sont en contact, on trouve *deux bruits de souffle distincts,* offrant la plus frappante analogie avec les battements du cœur. Le premier de ces bruits est plus fort que le second. Ce double bruit est séparé de celui qui suit par un intervalle qui est parfaitement appréciable. Il n'existe rien de semblable dans tous les autres points de la tumeur.

L'état général du malade est bon. Toutes les fonctions s'accomplissent avec la plus grande régularité.

Après avoir examiné avec soin la jambe de ce malade, le professeur Chaumet la plaça sur un plan légèrement incliné, après l'avoir mise dans un appareil provisoire composé de deux attelles, une interne et l'autre externe, et de compresses disposées comme dans l'appareil de Scultet.

Le même pansement avait été employé durant une quinzaine de jours, lorsque, ce temps écoulé, des douleurs aiguës se firent sentir dans la tumeur, à la partie interne et supérieure, douleurs qui s'accompagnaient de chaleur à la peau, de fréquence dans le pouls, et

que la pression augmentait d'une manière sensible. La fluctuation devint très-évidente. L'interne du service pensa qu'un abcès s'était formé, et fit une ponction qui fut suivie d'un écoulement assez considérable de sang pur, n'ayant ni l'aspect rutilant du sang artériel, ni l'aspect noirâtre du sang veineux, mais ayant plutôt une coloration qui semblait résulter de leur mélange. Ce ne fut qu'à l'aide d'une compression forte et soutenue sur la fémorale, qu'on parvint à arrêter cet écoulement. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas de quelque temps, et il s'écoula par l'ouverture qui avait été faite du pus épais et fétide, mêlé à des caillots sanguins.

M. Chaumet fit alors appliquer des cataplasmes de riz sur la jambe. Le pansement fut renouvelé pendant cinq jours. A chaque pansement, on faisait autour de la plaie une compression méthodique dans le but de faire exactement sortir le pus contenu dans le foyer; mais malgré tous les soins apportés à cette manœuvre, l'ouverture étant insuffisante, le pus ne s'écoulait qu'avec une extrême difficulté. M. Chaumet se décida alors à introduire une sonde cannelée par l'ouverture déjà pratiquée; et fit une contre-ouverture à la partie supérieure et interne de la jambe. Une mèche à séton fut introduite, et ce même pansement continué jusqu'au 28 juin, rendant tout ce temps l'issue très-facile.

Le 28 juin, une nouvelle hémorrhagie eut lieu par la contre-ouverture. Le malade perdit une très-grande quantité de sang, et ce sang offrit les mêmes caractères que l'on avait remarqués une première fois. Il fallut encore avoir recours à la compression de la fémorale.

J'examinai de nouveau la tumeur à cette époque, et j'y constatai, comme précédemment, les bruits de souffle simple et double dont j'ai déjà parlé; mais alors, pas plus qu'à mon premier examen, je n'observai là de mouvement d'expansion dans la tumeur.

La compression fut maintenue, et le professeur Chaumet fit appliquer de la glace sur la jambe, au niveau du foyer de la fracture. L'application de la glace a été longtemps continuée.

5 juillet. — Nouvelle hémorrhagie à la suite de laquelle la *tumeur a considérablement diminué de volume.* Le malade a été transporté dans un autre lit; sa jambe ayant été remuée, il y a eu déplacement des fragments osseux. En auscultant, j'ai observé une diminution notable dans le double bruit; le second s'entend à peine. Quant au bruit unique, il offre toujours les mêmes caractères. Le malade est affaissé, sa voix est légèrement affaiblie, la peau est chaude et sèche, le pouls est petit, fréquent (104-108), très-dépressible; la face est grippée, elle offre une teinte jaune, terreuse; la bouche est sèche, la soif assez vive; il y a eu quelques légers frissons. Le malade est vivement frappé de son état; il demande avec instance qu'on emploie un moyen extrême pour le guérir. La glace est continuée; mais les forces diminuant et l'hémorrhagie ayant une tendance à se reproduire, M. Chaumet se décide, après avoir demandé au sujet de ce malade l'opinion du professeur Velpeau, qui se trouvait alors à Bordeaux, à pratiquer l'amputation de la cuisse.

L'opération eut lieu, en effet, le 13 juillet. Le malade fut soumis à l'emploi du chloroforme. L'insensibi-

lité devint complète. L'amputation circulaire fut pratiquée avec une très-grande rapidité, sans que le malade eût manifesté le moindre signe de douleur. M. le professeur Chaumet m'ayant confié le soin d'examiner les lésions anatomiques que présentait le membre, j'en ai fait une dissection très-attentive, et voici quel est le résultat de mes recherches :

Anatomie pathologique. — Afin d'exposer avec ordre les lésions que j'ai observées, je décrirai successivement celles : 1° des parties molles; 2° des os; 3° des vaisseaux.

1° *Parties molles.* — La jambe offre un empâtement général qui remonte jusqu'à la partie supérieure; la peau est entièrement décolorée; le tissu cellulaire est épaissi, induré; il a un aspect lardacé, il semble avoir perdu son élasticité; au pied, il est infiltré de sérosité.

Les muscles sont pâles, décolorés, amincis et d'une friabilité extrême; la moindre traction exercée sur eux suffit pour les déchirer. Les muscles situés au-devant du ligament inter-osseux, tels que le jambier antérieur, l'extenseur commun des orteils, ont conservé leur direction normale jusqu'à la réunion des $^2/_3$ supérieurs avec le $^1/_3$ inférieur de la jambe. A partir de ce point, ils sont écartés de leur direction primitive, et portés en dehors par suite de la compression qu'exerce sur eux le fragment supérieur du tibia.

Parmi les muscles de la région postérieure, ceux de la couche superficielle n'offrent rien de particulier; ceux de la région postérieure et profonde sont tous confondus entre eux par leur face postérieure. Ces

muscles ont contracté des adhérences avec le soléaire par leur face antérieure; leurs attaches normales au tibia et au péroné ont été, sauf à la partie supérieure, complétement détruites. Ces muscles, décollés et confondus, formaient en effet en arrière la paroi postérieure d'une cavité, limitée en avant par le tibia et le péroné, et dans laquelle se trouvait contenu le sang de l'hémorrhagie. Ce foyer, au milieu duquel se trouvent placés les fragments, soit supérieurs, soit inférieurs, des os fracturés, était traversé par la mèche à séton dont j'ai parlé dans le cours de l'observation, et communiquait avec l'extérieur par les deux ouvertures que la mèche traversait.

D'après cela, il est facile de voir que les deux os étaient fracturés à des hauteurs inégales. Le tibia était fracturé, en effet, à l'union des $^2/_3$ supérieurs avec le $^1/_3$ inférieur; le péroné, à l'union des $^3/_4$ supérieurs avec le $^1/_4$ inférieur.

Quelle était la disposition que présentaient les fragments osseux les uns par rapport aux autres?

1° *Tibia.* — Les deux fragments du tibia, à raison de leur obliquité respective, chevauchaient l'un sur l'autre; le fragment supérieur présentait inférieurement une saillie facile à apprécier sous la peau. Le fragment inférieur, au contraire, était porté en dedans, et formait, lui aussi, une saillie aussi prononcée que le précédent; mais cette saillie se trouvant dans l'espace inter-osseux, il était impossible de l'apprécier au travers des parties molles. J'ai examiné avec beaucoup de soin les surfaces osseuses brisées, je n'ai pas trouvé la moindre trace d'un travail de consolidation, même

au début. Cependant, les deux fragments ne sont pas complétement indépendants l'un de l'autre, car j'ai trouvé entre eux, en avant, une membrane de nature fibreuse étendue transversalement de l'un à l'autre, qui sert à les unir; mais, malgré la présence de cette membrane, il n'y a pas de contact immédiat entre les surfaces brisées. Il existe, au contraire, entre elles, un *espace vide* qui offre une très-grande importance, comme on le verra quand je parlerai de la disposition des vaisseaux. Le fragment inférieur du tibia présente des esquilles assez nombreuses, qui jouissent d'une certaine mobilité, mais qui ont contracté avec lui des adhérences assez fortes, surtout en dedans.

2° *Péroné.* — S'il n'existe aucun travail de consolidation entre les deux fragments du tibia, il n'en est pas de même pour ceux du péroné. Certainement, la consolidation n'est pas complète; mais il existait un tissu fibreux, résistant, unissant très-fortement les deux portions de cet os, et on pouvait espérer que la consolidation, quoique tardive, finirait cependant par s'opérer. Les deux fragments du péroné sont loin d'être unis par leurs extrémités; le fragment supérieur, au contraire, chevauche sur l'inférieur, de telle sorte que c'est la partie inférieure et interne du fragment supérieur qui adhère à la partie supérieure et externe de l'inférieur. Outre ce rapport du fragment inférieur avec le péroné et le fragment supérieur, il en a contracté aussi avec le fragment inférieur du tibia contre la face postérieure et externe, auquel il est fortement appuyé.

On conçoit facilemeut qu'avec de pareils désordres il était impossible que le ligament inter-osseux existât.

Ce ligament a en effet été complément détruit. Il est remplacé dans le $^1/_4$ inférieur de la jambe par le fragment inférieur du péroné, qui adhère d'une part au fragment supérieur, et d'autre part au fragment inférieur du tibia.

Je ferai remarquer que le tissu osseux, soit du tibia, soit du péroné, n'offrait, au niveau de la fracture, aucune modification dans sa texture.

Vaisseaux. — L'hémorrhagie qui s'était renouvelée à plusieurs reprises, les bruits de souffle simple et double, rendaient l'examen des vaisseaux intéressant; aussi ai-je pris soin, pour rendre cet examen le plus complet possible, de pousser dans les vaisseaux deux injections fines. Je dois même signaler cette particularité, que l'injection est sortie par les deux ouvertures que traversait le séton, et que, dans le foyer même de la fracture, une partie de l'injection s'était coagulée entre les deux fragments du tibia, tandis que l'autre s'était mêlée avec le liquide purulo-sanguinolent contenu dans le foyer. J'ai préparé les vaisseaux avec le plus grand soin, et j'ai déposé la pièce dans le Musée anatomique de l'École de Médecine de Bordeaux.

Je dois dire tout d'abord que, ni la tibiale antérieure, ni la tibiale postérieure, ni la péronière, ainsi que leurs veines satellites, n'offraient la moindre altération; nulle part, la continuité dans leurs parois n'avait été interrompue; mais c'est dans leurs dispositions que ces artères offraient des particularités curieuses.

La *tibiale antérieure* a conservé sa position normale dans l'espace inter-osseux jusqu'à vingt-sept millimètres environ au-dessus de l'extrémité inférieure du

fragment supérieur. A partir de ce point, l'artère change de direction. Elle contourne ce fragment, s'appuie contre la face postérieure, et sort par l'*espace vide* que j'ai signalé entre les deux fragments du tibia, de manière à chevaucher sur le fragment inférieur, contre lequel elle est comprimée. Il résulte de cette disposition, que la tibiale antérieure traversait le foyer même de la fracture ; qu'elle subissait une première compression au niveau du fragment supérieur, et une seconde au niveau de l'inférieur. A partir de ce dernier point, ce vaisseau avait repris sa position normale.

La tibiale postérieure ne présente aucun changement dans sa direction.

Arrivée à l'union des $^3/_5$ supérieurs de la jambe avec les $^4/_5$, la péronière, après avoir occupé sa position normale le long de la face interne et postérieure de l'os, change de direction ; elle se porte obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, entraînée dans cette position par l'extrémité pointue du fragment inférieur du péroné, par lequel cette artère a été en quelque sorte accrochée. A partir de ce point, la péronière se place dans l'espace compris entre le tibia et le péroné, et se trouve fortement comprimée par ces deux os. La compression a même été assez forte pour diminuer dans cette partie le calibre du vaisseau, qui est moitié moins développé que dans le reste de son trajet.

Il est une autre particularité sur laquelle je dois insister : c'est le développement considérable de l'artère nourricière du tibia. J'ai suivi cette artère dans son trajet à travers l'épaisseur de l'os, et il m'a été facile de constater qu'elle venait s'ouvrir à l'extrémité infé-

rieure du fragment supérieur du tibia dans le foyer même de la fracture. C'était par plusieurs petites ramifications que cette artère communiquait avec le foyer de la fracture.

Réflexions. — La variété, je dirai même la bizarrerie des symptômes que ce malade a présentés, ont dû, comme on doit le supposer, éveiller l'attention de ceux qui ont eu occasion de l'observer. Je n'énumérerai pas les diverses opinions émises sur la cause des phénomènes plus haut rappelés, je me contenterai de les rattacher à deux principales. Les uns, et je dois dire que je suis de ce nombre, ayant égard : 1° à la présence d'une tumeur survenue à la suite d'une fracture très-irrégulière de deux os de la jambe ; 2° à l'hémorrhagie, conséquence de la jonction, et qui avait nécessité l'emploi de la compression à plusieurs reprises ; 3° enfin, la présence de ce double bruit qui ressemblait exactement à un bruit à double courant des anévrismes artério-veineux, pensèrent qu'il s'agissait d'une lésion de ce genre, qu'un des fragments osseux avait bien pu léser en même temps une des artères de la jambe et sa veine satellite, et qu'une communication existant entre ces deux vaisseaux pouvait fournir l'explication des symptômes. D'autres, et surtout M. le professeur Chaumet, sans repousser la possibilité d'un anévrisme artérioso-veineux, croyaient plutôt à une transformation érectile du tissu osseux au niveau de la fracture. Mais, je dois le dire, il n'y eut rien d'absolu dans ce dernier diagnostic.

Les diverses lésions que l'examen anatomique a fait

découvrir dans la jambe de ce malade ont démontré suffisamment qu'aucune de ces deux opinions n'était juste. Mais peut-on, après l'examen de ces lésions, se rendre compte des symptômes que présentait le malade?

Pour répondre d'une manière convenable à cette question, il faut se poser la solution des questions suivantes :

1° Par quoi était formée la tumeur?

2° Par quoi était produit le bruit de souffle râpeux unique que l'on distinguait à la partie inférieure et externe de la jambe?

3° Par quoi était produit le bruit de souffle double que l'on observait au niveau du point où le tibia était fracturé?

Par quoi était formée la tumeur?

J'ai dit, dans les détails nécroscopiques, que les muscles de la région postérieure et profonde de la cuisse avaient été décollés, et qu'ils formaient la paroi postérieure d'une tumeur liquide dont la paroi antérieure était constituée par le tibia et le péroné; que cette tumeur était formée par du sang épanché, et qu'elle communiquait avec l'extérieur par les deux ouvertures qui avaient été faites. Cette tumeur sanguine entourait le foyer même de la fracture. Or, j'ai dit que l'artère nourricière du tibia était plus volumineuse que de coutume, et qu'elle venait s'ouvrir à l'extrémité du fragment supérieur. N'est-ce pas à l'écoulement du sang fourni par cette artère divisée que l'on doit attribuer la formation de cette tumeur? De plus, les extrémités osseuses ne présentant aucun travail de consolidation, ne peut-on pas admettre que par elles se soit faite une

exsudation sanguine qui aurait pu pareillement contribuer au développement de la tumeur? Cette première question n'offre aucune difficulté réelle; je passe à l'examen de la seconde.

Par quoi était produit le souffle râpeux unique que l'on distinguait à la partie inférieure et externe de la jambe?

La continuité des vaisseaux n'étant nulle part interrompue, et les vaisseaux ne présentant d'ailleurs aucun point de dilatation, on ne peut invoquer, pour expliquer ce bruit du souffle râpeux, l'existence d'une tumeur anévrismale. Mais je dois rappeler ici que c'est à la partie *inférieure et externe* de la jambe que ce bruit s'observait. Précisément dans ce point, l'artère péronière, après avoir été détournée de sa direction primitive par le fragment inférieur du péroné, dont l'extrémité pointue l'avait accrochée, se trouvait très-fortement comprimée entre ce fragment et le tibia. On sait que rien n'est plus facile que de produire un bruit de souffle dans une artère en l'auscultant; il suffit pour cela de comprimer le vaisseau avec le stéthoscope. Que de fois j'ai vu des praticiens peu attentifs trouver chez des personnes chlorotiques un souffle carotidien, qu'ils avaient le soin de produire en comprimant trop fortement la carotide. Puisque la compression d'une artère suffit pour y développer ce bruit particulier, n'est-il pas probable, j'oserai presque dire certain, que c'est à la compression de la péronière dans un point qu'était due la formation de ce bruit de souffle *râpeux et unique*.

Mais à quoi était dû le bruit de souffle double que

l'on distinguait très-nettement au niveau du fragment supérieur du tibia?

Trois opinions ayant été émises pour l'expliquer, je crois nécessaire de les énoncer.

Les uns ont pensé que ce double bruit était occasionné : 1° par la compression de la péronière, et 2° par la compression de la tibiale antérieure sur le fragment inférieur du tibia; que ces deux bruits avaient lieu l'un après l'autre, et que cela suffisait pour rendre compte du phénomène.

Cette manière de voir ne me paraît pas juste et me semble en opposition avec les doctrines physiologiques. Comment peut-on admettre, en effet, que la contraction du cœur, envoyant dans toute l'économie une colonne sanguine qui donne lieu aux phénomènes du pouls, aussi bien dans les artères les plus éloignées que dans les plus voisines du centre circulatoire, un des bruits ait pu se produire après l'autre. Il me semble qu'au moment où la colonne sanguine, chassée par le ventricule, arrivait au point où la péronière était comprimée, une même colonne sanguine, mise en mouvement par la même cause, devait arriver au point où la compression de la tibiale avait lieu. Si l'on avait pu appliquer le doigt et sur la tibiale antérieure et sur la péronière au point qui précédait immédiatement leur compression, on aurait senti *en même temps* la pulsation artérielle; par conséquent, les deux bruits de souffle produit par cette compression différente auraient dû, selon moi, s'entendre en même temps au lieu de se succéder. Et puis, comment aurait-on pu entendre, en appliquant le stéthoscope au niveau du tibia, le bruit

de souffle occasionné par la compression de la péronière, alors qu'au point où cette dernière était comprimée, on n'entendait nullement le bruit de souffle produit par la compression de la tibiale antérieure ?

Je crois donc devoir, pour les raisons qui précèdent, rejeter cette première opinion.

D'autres, adoptant mon opinion sur ce point, ont attribué le bruit unique à la compression de la péronière, et le double bruit à la compression de la tibiale antérieure d'abord, et ensuite à l'écoulement du sang à travers l'artère nourricière divisée.

Pour les mêmes raisons indiquées précédemment, j'avais admis *à priori* l'impossibilité d'une pareille explication. Si le passage du sang à travers l'artère nourricière pouvait produire un bruit quelconque, ce bruit devait se confondre avec celui que produisait la compression de la tibiale antérieure. Et puis, l'hémorrhagie n'était pas constante, tandis que le bruit double s'entendait aussi bien avant qu'après l'écoulement du sang.

J'ai fait, du reste, sur un chien l'expérience suivante : j'ai appliqué un stéthoscope sur l'artère fémorale d'un chien, après avoir préalablement divisé une des branches collatérales. J'ai produit par la compression de l'artère un bruit de souffle, et je dois dire que la division de la branche collatérale et l'écoulement du sang, n'ont, en aucune façon, modifié ce bruit. Je rejette donc cette deuxième opinion.

Voici, suivant moi, comment on doit expliquer ce double bruit. J'ai dit que l'artère tibiale antérieure, arrivée à un pouce à peu près au-dessus de l'extrémité

inférieure du fragment supérieur du tibia, se contournait, allait s'appliquer contre la face postérieure du fragment supérieur, et se trouvait, dans ce point, en contact avec le sang qui formait la tumeur. Cette artère subissait dans ce point un premier degré de compression. Après avoir traversé le foyer de la fracture, la tibiale sortait par l'espace vide compris entre les deux fragments du tibia, et subissait un second point de compression sur le fragment inférieur. C'est, selon moi, à cette double courbure et à cette double compression de l'artère tibiale que l'on doit attribuer la cause des deux bruits que l'on distinguait seulement dans la partie où avait lieu cette double compression. J'ai, du reste, fait à la clinique de M. le professeur Chaumet une expérience que tout le monde pourra répéter facilement et qui vient à l'appui de l'opinion que j'émets. J'ai comprimé l'artère humérale sur un malade en deux points différents et plus éloignés l'un de l'autre; j'ai appliqué le stéthoscope entre les deux points comprimés, et j'ai entendu très-bien un bruit de souffle double offrant la plus grande analogie avec celui que l'on observait chez ce malade. C'est donc dans la double compression que la tibiale antérieure subissait d'abord sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur du tibia, que l'on doit trouver la cause du double bruit qui existait au niveau du foyer de la fracture.

En présence d'un fait semblable, et en admettant la possibilité d'une transformation érectile du tissu osseux, ou l'existence d'un anévrisme artérioso-veineux, quelle devait être la conduite du chirurgien?

Il n'y avait que deux moyens à mettre en usage :

l'amputation ou la ligature. Dans le cas d'une transformation érectile du tissu osseux, il est évident que l'amputation était le seul moyen que l'on pût songer à employer. Mais dans le cas d'un anévrisme artérioso-veineux, devait-on faire la ligature? M. le professeur Chaumet m'ayant fait l'honneur de me demander mon opinion à ce sujet, je rejetai la ligature, et voici sur quels motifs je m'appuyai. La présence d'une tumeur, l'hémorrhagie, le bruit à double courant permettait bien de supposer l'existence d'un anévrisme artérioso-veineux; mais, d'un autre côté, la multiplicité des lésions, la forme de la tumeur, qui s'étendait depuis la partie externe et inférieure de la jambe jusqu'à la partie supérieure et interne, ne permettait pas de déterminer quelles étaient l'artère et la vessie lésées. Était-ce la tibiale antérieure? Était-ce la postérieure? Était-ce la péronière? Il était absolument impossible de le dire, et certes les détails fournis par l'examen anatomique motivent suffisamment cet embarras. Ne pouvant pas déterminer quels vaisseaux étaient le point de départ, où aurait-on fait la ligature? Il est évident qu'on n'aurait pu songer à lier les artères de la jambe; il aurait donc fallu lier la fémorale. Mais la circulation se serait rétablie avec tant de facilité, qu'après peu de jours les conditions se seraient retrouvées les mêmes. L'amputation était donc le seul moyen à employer. L'amputation a été pratiquée, et les lésions anatomiques suffisent pour démontrer que, quoique faite pour des lésions sur la nature desquelles le diagnostic avait été erroné, la conduite du chirurgien se trouve justifiée.

NOTE SUR UN CAS D'URÉTRALGIE;

Par M. le Dr COSTES.

Pendant une pratique déjà assez longue, il ne nous avait jamais été donné d'observer un fait analogue à celui que nous allons citer. Cependant, ils ne doivent pas être très-rares, car on en lit un rapporté par M. le Dr Bruchon, dans le *Bulletin de la Société de Médecine de Besançon,* année 1858, B. 1857, p. 3., et qui a été reproduit dans l'*Écho médical Suisse,* n° 1, janvier 1859, p. 42. — Toutefois, le fait que nous avons observé diffère totalement de celui-ci, bien qu'on doive le classer dans la même catégorie. — Ainsi, le malade de M. Bruchon, âgé de vingt-sept ans, marié depuis quelques mois, fut pris de douleurs vives dans les reins, qui se fixèrent ensuite au périnée et enfin exclusivement à la verge et au canal de l'urètre. Ces douleurs ressemblaient à un prurit siégeant à la racine de la verge et au gland, ne provoquaient pas d'érection, excitaient le malade à tirailler et allonger sa verge, la compression et la traction amenant un léger soulagement. Les urines étaient claires, la prostate non engorgée, le cathéterisme n'amenait rien de particulier. — Bains, calmants, narcotiques, soulagement momentané. — Bientôt les accès se régularisent, cessent dans la journée pour ne se montrer que le soir, au moment du coucher et durant toute la nuit. — Sulfate de quinine, 8 décigrammes, deux heures avant l'accès. — A la première dose les douleurs ne se montrent qu'à une heure du matin et ne durent qu'une demi-heure. — Le

deuxième jour, nuit tranquille. La quinine continuée, à moindre dose, pendant trois soirées, amène une guérison complète.

Notre malade nous a offert les circonstances suivantes : M. V..., âgé de quarante-cinq ans, a essuyé, il y a trois ans environ, une blénnorrhagie qui dura assez longtemps, malgré un traitement bien entendu. Vers la fin de cette affection, il survint, à la suite d'une fatigue et d'un refroidissement, une orchite qui fut arrêtée comme par enchantement par un enduit de collodion répété trois ou quatre fois autour du testicule engorgé.

Vers le mois d'octobre dernier, je reçus dans mon cabinet ce même malade, en proie à la plus vive inquiétude. Une douleur dont il ne pouvait rendre compte exactement, le prenait inopinément vers la racine de la verge, dans l'intérieur, dans la région prostatique ; il lui semblait qu'il y avait là une ardeur particulière, et un invincible besoin d'uriner le saisissait, mais c'était pour évacuer quelques gouttes. — Après deux ou trois minutes tout disparaissait ; mais ce spasme douloureux revenait plusieurs fois dans la journée, et tenait le malade dans une préoccupation constante.

En dehors de ce moment, le malade urinait comme à l'ordinaire. Les fonctions digestives n'étaient point troublées. Le sommeil était bon. Je crus pouvoir triompher aisément de ces accidents. Je prescrivis d'abord des frictions sur le périnée et le long de la verge avec une pommade à l'extrait de belladone et de jusquiame; pendant deux jours, je n'obtins rien. — Des bains tièdes, prolongés, furent plus utiles. Les accès furent

moins nombreux et duraient moins; mais après quatre ou cinq bains, la névralgie reparut tout aussi fatigante. — J'eus recours alors à des quarts de lavements, avec quatre ou cinq gouttes de laudanum. — Légère diminution, mais momentanée, des spasmes douloureux. A leur reprise plus intense, j'introduisis dans l'urètre une sonde en gomme élastique, enduite d'extrait de belladone. Je fis appliquer quelques sangsues au périnée. Le mal s'opiniâtrait. L'inquiétude du malade était extrême : c'était à chaque consultation des efforts inouis de sa part pour me faire comprendre son genre de douleur. Indépendamment de la thérapeutique active que je faisais, je cherchais à agir sur son esprit, pour atténuer son excitabilité nerveuse, et après plus de vingt jours de souffrance, le mal le laissa libre un jour entier, mais ponr reprendre le lendemain ; je laissai se répéter cette intermittence, et avant le troisième accès je croyais être sûr de triompher par l'antipériodique par excellence. Moins heureux que M. Bruchon, je vis le sulfate de quinine échouer.

Enfin, j'eus l'idée de recourir à un anesthésique plus puissant. Je fis faire un mélange d'une partie de chloroforme avec deux parties de glycérine, pour en faire des onctions répétées trois ou quatre fois par jour sur le périnée et au-dessous de la verge. Dès le premier jour ces spasmes douloureux diminuèrent de fréquence et d'intensité, et vers le troisième ils ne reparurent qu'à de longs intervalles. Enfin, ils s'évanouirent complétement vers le sixième pour ne plus revenir. Il y a maintenant plus de quatre mois.

Ce fait m'a paru remarquable par la singularité des

symptômes. C'est bien une névrose; mais est-ce bien dans l'urètre ou au col de la vessie que se passait la scène? Ce qu'il y a de singulier, c'est que le malade, forcé absolument à évacuer quelques gouttes d'urine pendant l'accès, urinait très-naturellement et en quantité quand la douleur n'existait pas, et que la miction ne faisait pas naître le spasme. — Ces singularités disent bien que c'était là une névrose.

HÔPITAL SAINT-ANDRÉ.

OBSERVATION D'HYDRARGYRIE;

par M. E. MARX, interne, aide de clinique.

La manifestation morbide de l'absorption du mercure, qui a reçu d'Alley, le premier qui en ait donné une véritable monographie, le nom d'*hydrargyrie,* n'a pas encore acquis, pour tous les auteurs, droit de cité dans la science, comme entité pathologique, comme maladie à caractères propres et bien déterminés. Si, en effet, Alley, qui en cite 43 cas, et de nos jours MM. Rayer, Dieterich, Baron, lui font une place à part dans le cadre nosologique, d'autres auteurs, tels que Bateman; Crawfort, MM. Guersent et Cazenave, n'en font qu'une variété de l'*eczéma* se rapprochant de l'*eczéma rubrum,* tandis que les troisièmes l'omettent entièrement; et, chose plus surprenante encore, elle a pu être prise, par les médecins cités par Alley dans sa préface, pour une éruption de nature syphilitique, et, comme telle, traitée par le mercure lui-même, qui,

dans l'opinion générale, en est l'unique cause productrice. Dans cet état de choses, il semble d'une certaine utilité, non-seulement scientifique, mais surtout pratique, comme le prouve le dernier fait que je viens de citer, de faire connaître les cas assez rares d'hydrargyrie qui se présentent. C'est ce qui m'a engagé à publier la relation d'un fait curieux que j'ai eu la bonne fortune d'observer dans le service et sous la direction de M. le professeur Gintrac père, au mois de septembre de l'année dernière; car, comme le dit M. Gintrac lui-même, à propos de l'hydrargyrie, dans des pages encore inédites de son ouvrage qu'il a bien voulu me faire connaître : « Il y a beaucoup moins d'inconvé-» nients à inscrire sur le tableau des maladies une in-» dividualité qui pourrait à la rigueur n'y pas figurer, » que de négliger une mention dont l'importance ne » saurait être contestée, au moins sous le rapport pra-» tique. »

Obs. — Le nommé P..., âgé de vingt-un ans, né et domicilié à Bordeaux, fortement constitué, d'un tempérament lymphatico-sanguin, entre dans le service de la clinique interne (salle 15, n° 4) le 9 septembre 1858. Il aurait eu, comme maladies antérieures, un point de côté en 1850, une scarlatine en 1853.

Il raconte que, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, ayant pris des *pediculi pubis,* il aurait fait emplète d'onguent gris pour la valeur de quelques sous, et se serait frictionné deux jours de suite le pubis et les aisselles assez fortement pour déchirer l'épiderme en plusieurs points. Dès le premier jour survint, autour des parties frictionnées, une rougeur vive qui s'étendit

à la suite de la seconde application, pour gagner le tronc, les membres supérieurs et inférieurs, s'accompagnant pendant deux jours de céphalalgie, de frissons prolongés suivis de chaleur, de soif et de sécheresse extrême de la bouche. Le jour même de son entrée à l'hôpital, avaient apparu, en certains points du corps, de petites élevures qui l'avaient effrayé et décidé à réclamer des soins. Du reste, pas le moindre prurit, pas de goût cuivré, pas de ptyalisme ni aucun phénomène pathologique du côté des muqueuses.

Voici ce que l'examen du malade permet de constater :

Une rougeur très-vive, lie de vin, presque violacée, occupe tout le corps, à l'exception de la plante des pieds et de la face; celle-ci offre pourtant une légère teinte érythémateuse. L'ensemble ressemble assez à une éruption scarlatineuse, à cette différence près, que les intervalles de peau saine sont très-rares, et participent, à un très-faible degré, il est vrai, à la teinte rouge générale. Cette rougeur disparaît par la pression des doigts pour reparaître aussitôt après. Au voisinage des parties frictionnées (pubis, aisselle), on remarque des groupes de vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, très-appréciables au toucher, rendant la peau rugueuse, et contenant un liquide roussâtre qui tache le linge. Dans les mêmes points, plaques squameuses minces, d'un blanc grisâtre, d'étendue variable, de forme généralement ovalaire. Il n'y a pas de prurit, le contact de la main ne provoque aucune espèce de douleur.

La peau a sa chaleur normale; le pouls est plein, donne 104 pulsations à la minute. Il n'y a plus de céphalalgie, les muqueuses n'offrent rien d'anormal, la

respiration s'exécute bien du côté des voies digestives. Il ne reste plus qu'un peu de rougeur à la pointe de la langue, avec enduit blanc-jaunâtre au centre; l'appétit est un peu diminué.

Le 10, on prescrit : tisane de chiendent, un bain, du riz au lait. Il n'y a plus de fréquence du pouls.

Le 12, toute la partie antérieure de l'abdomen offre une desquamation visible mais légère, consistant en écailles minces, furfuracées; la rougeur est partout moins vive, il n'y a pas de prurit. On constate pour la troisième fois que le liquide des vésicules a le matin, lorsqu'on découvre le malade, une odeur fétide, qu'il perd dans le courant de la journée. L'appétit est revenu. Même prescription. Lavement émollient.

Soir. La desquamation a commencé aux membres; elle se fait surtout dans le sens de la flexion. La face présente aussi des écailles extrêmement minces.

Depuis lors, la desquamation continue sur tout le corps sans trace de fièvre; elle persiste plus longtemps sur les mains, où les écailles sont larges et ressemblent fort à celles de la scarlatine.

Le malade sort le 21 septembre.

Avec Alley, M. Rayer distingue à l'hydrargyrie trois formes : la forme bénigne, la forme fébrile et la forme maligne.

C'est à la forme fébrile que me semble se rapporter le cas que nous avons été à même d'observer. Si en effet nous avons constaté ici quelques-uns des symptômes locaux de la forme maligne, je veux dire la rougeur très-foncée de la peau, l'odeur fétide du liquide fourni par les vésicules, la desquamation arrivée seu-

lement au huitième jour, la largeur des plaques épidermiques, du moins n'avons-nous pas eu à combattre les symptômes généraux adynamiques ou ataxiques, que caractérisent surtout cette forme, et auxquels sont dus les huit cas de mort signalés par Alley. D'autre part, la maladie ne s'est pas bornée, comme dans la forme bénigne, à une éruption limitée de vésicules très-petites, suivie d'une desquamation à peine apparente. Nous arrivons donc, par exclusion, à la forme fébrile. Du reste, l'observation directe des symptômes nous donne le même résultat. Ici, en effet, comme dans cette forme, nous retrouvons la céphalalgie, les frissons au début, la fièvre, le volume plus considérable des vésicules, la rugosité de la peau, la réunion des taches en plaques d'étendue assez considérable. A ce sujet, remarquons l'extension de l'éruption à tout le corps, qui constitue un fait rarement observé dans l'hydrargyrie, et la presque immunité de la face, qui est au contraire la règle dans cette affection.

Quant au diagnostic, s'il a été facile dans ce cas où la maladie s'est présentée sans aucune complication, il semble qu'il doive offrir une difficulté réelle, alors qu'il existe, comme on l'a constaté dans quelques hydrargyries fébriles, une inflammation vive de la gorge. Il me paraît certain, en effet, que si cette dernière circonstance se fût jointe à l'éruption à type véritablement scarlatineux que nous avons observée ici, les symptômes d'hydrargyrie auraient tellement ressemblé à ceux d'une scarlatine, que le commémoratif de l'emploi du mercure, et la présence de vésicules, auraient pu seuls mettre sur la voie du diagnostic véritable.

La marche et la durée de la maladie ont été ici ce qu'elles ont été dans tous les cas peu graves d'hydrargyrie. Aussi, s'est-on borné au traitement que l'expérience a démontré être le meilleur dans ces circonstances, le traitement expectant.

Enfin, sous le rapport de l'étiologie, les conditions d'âge et de sexe sont aussi chez notre sujet celles qu'on a observées dans la plupart des cas d'hydrargyrie; et si de là on remonte à la cause prochaine, efficiente, on voit le mercure employé, et employé à plusieurs reprises en larges frictions, toutes circonstances qui ont été notées comme favorables à la production de la maladie, et qui, en attestant la valeur du diagnostic porté, attestent aussi la manière d'être à part, l'entité propre de l'affection.

CAS FORT CURIEUX D'UN ENGORGEMENT GANGLIONNAIRE simulant une hernie étranglée;

par le Dr DE LARUE, médecin de l'hospice des Vieillards, à Bergerac.

Agé d'environ soixante ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution robuste, jouissant ordinairement d'une excellente santé, le sieur X..., cultivateur dans la commune de Bergerac, portait, depuis 1842, une hernie inguinale du côté gauche.

Cette descente, d'un médiocre volume, était apparue sans violence appréciable.

Soigneusement contenue, elle ne produisait d'habitude ni gêne ni embarras.

Dans la matinée du 2 octobre 1857, après s'être li-

vré la veille à de pénibles travaux, notre homme éprouva les premières atteintes de son mal.

Le 3, la situation s'aggravant de plus en plus, on recourut à nos soins.

Vers la nuit tombante, j'arrivai auprès du malade.

Soumis à un examen sévère, il présentait l'ensemble des phénomènes suivants : décubitus dorsal, fatigue musculaire, face animée, enveloppe cutanée chaude, légèrement humide; bouche amère, langue jaunâtre, râpeuse à la pointe; soif prononcée, horreur des aliments, urines rares, sédimenteuses; céphalalgie frontale, insomnie opiniâtre, respiration saccadée, incomplète; pouls plein, précipité, médiocrement résistant; ventre dur, météorisé, douloureux, principalement à la pression; nausées pénibles, peu fréquentes; nulle envie d'aller à la selle; tumeur arrondie, consistante, sensible, sans changements de couleur à la peau, grosse comme un œuf de perdrix, située au-devant de l'ouverture externe du canal herniaire, non susceptible de réduction.

Le diagnostic, on ne peut le nier, s'accompagnait ici de difficultés sérieuses. Avions-nous ou n'avions-nous pas à combattre un étranglement?

Conduit par l'analyse des faits à pencher pour la négative, nous ordonnâmes : 1° la diète; 2° le repos; 3° un bain entier, longtemps prolongé; 4° un lavement simple; 5° une position convenable; 6° des boissons fraîches appropriées; 7° des cataplasmes émollients.

Le 4, de bonne heure, je trouvai le patient beaucoup mieux; il avait eu une garde-robe abondante de matières naturelles. En même temps, la fièvre et les envies de vomir n'existaient plus chez lui. Même traitement.

Le 5, l'enflure de l'aine, privée de toute influence sympathique ou générale, se montrait absolument sans caractère équivoque. Quelques cuillerées de bouillon gras, le reste *ut suprà*.

Le 6, l'engorgement ganglionnaire, diminué d'un quart, n'occasionnait aucune souffrance. Prescription définitive : nourriture progressive, séjour au lit, pommade d'iodure de plomb, formulée comme il suit :

Axonge.	30 grammes.
Iodure de plomb.	4 —

Déposée en quantité suffisante, le matin, à midi et le soir, sur la partie tuméfiée, qu'on recouvrait ensuite d'une épaisse compresse de toile mollement assujettie, elle activa puissamment la guérison.

Le 20, la résolution étant achevée, le sieur X... se leva et reprit son bandage.

Depuis cette époque, il n'a rien ressenti.

Réflexions. — Les erreurs de diagnostic ayant souvent des conséquences désastreuses et pour le malade et pour le médecin, surtout quand il s'agit d'affections graves, nous avons cru devoir publier cette observaiion, qui offre dans l'espèce tout l'intérêt désirable.

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

De la taille hypogastrique, pratiquée au moyen de la cautérisation, etc.; par M. le Dr Valette, chirurgien en chef de la Charité, professeur adjoint à l'École de Médecine de Lyon.

La grande conquête de la chirurgie moderne, la lithotritie, après avoir prétendu à remplacer partout et toujours l'opération de la taille, n'a pas tardé à voir des faits nom-

breux qui se dérobaient à son action. Aujourd'hui, au lieu de tout voir rentrer dans son domaine, la lithotritie est obligée de convenir que tandis que la taille pouvait correspondre à tous les besoins, il est des cas qui doivent, à elle, lui rester absolument étrangers. Parmi ceux-ci, les chirurgiens ont déjà constaté ceux des enfants calculeux, chez lesquels la lithotritie n'est que très-exceptionnellement applicable. Et on le conçoit aisément, si l'on considère que les enfants sont craintifs, indociles, irritables ; que les instruments à employer, d'un petit calibre, sont impuissants ou exposés à se rompre; que les calculs chez les enfants sont en général volumineux, et que l'urètre chez eux n'offre pas des conditions favorables.

Aussi n'est-il pas étonnant que quelques chirurgiens aient préféré la taille chez les petits calculeux.

Mais si la lithotomie est le meilleur moyen de débarrasser les enfants de leurscalculs, quelle est la préférable? C'est ce que M. Valette a tenté d'éclaircir, en analysant les accidents, soit immédiats, soit consécutifs, qui, chez les enfants, peuvent suivre cette opération.

Ainsi, après avoir jeté un coup d'œil sur la douleur, les difficultés du manuel opératoire, l'hémorrhagie, les fausses routes, la déchirure des parties voisines, la lésion des organes voisins, vésicules séminales, conduits éjaculateurs, vessie, péritoine, l'incontinence d'urine, les fistules urinaires, la lésion des fonctions génitales, et tout cela envisagé au point de vue de la mortalité et en face des diverses méthodes de lithotomie, M. Valette en est arrivé à conclure que, pour la conservation des fonctions génitales chez les enfants, c'est la taille hypogastrique qui mérite la préférence. Mais l'infiltration urinaire constituant le principal et le plus terrible danger de la taille, cet accident, à lui seul, contrebalance tous les avantages que peut présenter la taille hypogastrique. L'essentiel donc est de trouver un

moyen de supprimer l'infiltration urinaire. Déjà, ce problème a été abordé, mais non résolu. La taille en deux temps de Vidal de Cassis, même avec la modification qu'il y avait apportée, d'appliquer au préalable une pastille de potasse caustique sur le point de la vessie à inciser, n'a pas conquis les suffrages des chirurgiens.

M. Valette sera-t-il plus heureux pour son procédé de cautérisation ? Il est permis de conserver quelques doutes, même après les faits qu'il a publiés.

Quoi qu'il en soit, voici comment il expose sa nouvelle opération, pour laquelle il admet deux temps principaux :

Dans le premier, on arrive jusque sur la vessie ; dans le second, on extrait le calcul.

Les instruments nécessaires sont : 1° une sonde à dard, celui-ci percé à 2 centimètres environ de sa pointe d'une petite ouverture ou chas pour le passage d'un fil de platine d'un très-petit calibre ; 2° des bistouris ordinaires, pinces, sonde cannelée, etc.

Voici le procédé :

« Le petit malade étant placé dans une position convenable et soumis à l'action des anesthésiques, le chirurgien, placé à sa gauche, pratique sur la ligne médiane une incision de 5 centimètres environ, à partir du pubis. Le bistouri divise successivement tous les tissus jusqu'aux muscles grands droits. Ceux-ci sont écartés légèrement avec la sonde cannelée, avec beaucoup de ménagement ; je crois même plus prudent de se borner à découvrir l'interligne musculaire.

» On introduit alors la sonde dans la vessie, et par un mouvement de bascule facile à exécuter, on porte la pointe de l'instrument sur la ligne médiane, à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis. Il est facile, à travers les parties molles, et en portant le doigt au fond de la plaie, de sentir l'instrument et de s'assurer de sa position. La sonde étant maintenue, un aide pousse le dard, qui vient faire saillie au fond de la plaie, en traversant la vessie et toutes les parties molles qui la séparent du fond de l'incision.

» Ceci fait, on passe rapidement un fil dans le chas que présente le dard, et on le fait rentrer dans la sonde. Ce fil est nécessairement entraîné dans la cavité de celle-ci; on porte alors l'extrémité de l'instrument à 2 ou 3 centimètres au-dessous du point précédent, à 1 ou 2 centimètres par conséquent au-dessus du pubis; puis, le dard est poussé de nouveau, de façon à traverser une seconde fois la vessie. Le fil reparaît avec le dard. On tire sur l'anse, que l'on coupe, puis on fait rentrer le dard dans la sonde, qui est alors retirée de la vessie. »

Ce fil double passé dans la vessie la soulève et la retient en avant.

« Ceci fait, on place au fond de la plaie et de la ligne médiane une bandelette de pâte de chlorure de zinc, de 1 centimètre 1/2 de longueur et de 2 à 3 millimètres de largeur. Du coton est placé tout autour et par-dessus la pâte. Les deux extrémités du fil sont ensuite ramenées l'une vers l'autre; le bout supérieur est abaissé vers le pubis et l'inférieur relevé en haut; une compresse et une bande maintiennent le tout; le caustique ne peut plus se déplacer; la première partie de l'opération est achevée.

» La pâte de chlorure de zinc est enlevée vingt-quatre heures après son application. On incise l'escarre avec précaution, sans aller *jusqu'au vif*, ceci est important, et on applique au fond de cette incision une nouvelle couche de pâte de chlorure de zinc, ayant des dimensions un peu moindres que la première fois; l'important est d'agir en profondeur.

» Il pourrait du reste se faire que cette insision de l'escarre aille jusqu'à la vessie; elle pourrait à la rigueur l'ouvrir, ce dont on serait immédiatement averti par la sortie de l'urine. Il faut donc être prêt à pratiquer le second temps de l'opération, l'extraction du calcul.

» Il faut au moins quatre ou cinq applications de caustique, et à chaque fois inciser l'escarre avec précaution pour appliquer au fond une nouvelle quantité de chlorure de zinc, et avec l'attention de placer par-dessus un peu de coton cardé et de le maintenir à l'aide d'une compression modérée. On limite ainsi l'action du caustique, ou plutôt on la dirige, qu'on me passe

cette expression, c'est-à-dire que le caustique attaque les parties profondes. On pourrait répéter indéfiniment ces applications; on poursuit jusqu'au moment où la pointe du bistouri qui incise l'escarre arrive sur la vessie; le plus souvent l'issue de l'urine avertira que cet organe vient d'être ouvert.

» Pour le deuxième temps, le malade étant de nouveau placé dans une situation convenable, on introduit la sonde à dard dans la vessie. Comme la poche urinaire est ouverte dans un point, il est facile de faire passer le bec de la sonde par cette ouverture, qui, jusqu'à présent, n'est pas grande, mais qui cependant est facile à trouver, d'autant que les fils peuvent servir de guide et indiquent le point précis où l'ouverture vésicale est placée. Lorsque le bec de la sonde arrive au dehors, on engage dans l'orifice qu'il présente la pointe d'un lithotome caché, et par un mouvement combiné et facile à comprendre, on retire la sonde de la vessie et on y fait pénétrer le lithotome. Il suffit dès lors, pour agrandir la plaie vésicale, de retirer l'instrument ouvert, avec la précaution de le tenir de façon à ce que le tranchant de la lame soit dirigé du côté du pubis. On a alors une ouverture suffisante pour laisser passer le doigt, qui reconnait la présence du calcul et apprécie si l'ouverture est assez grande pour le laisser passer. Dans le cas où l'on jugerait que cette ouverture est trop petite, on ferait glisser le long du doigt la lame d'un bistouri boutonné, et on pratiquerait un petit débridement en haut sur la ligne médiane, ou même sur les parties latérales, de façon à élargir la boutonnière. »

Quant à l'extraction du calcul, l'action du gorgeret et des tenettes n'a rien que d'ordinaire.

Cette opération ne fait-elle pas courir le risque de la lésion du péritoine? M. Valette discute cette éventualité, et croit que la cautérisation en diminue et même en fait disparaître les chances. Quant à la piqûre du péritoine, il appuie son opinion sur l'innocuité de son procédé de cure radicale de la hernie. Enfin, d'un nouvel examen anatomique de la région, il conclut à la possibilité de ne pas atteindre le péritoine par la sonde à dard.

A priori, on pouvait concevoir la crainte de la blessure de l'intestin, et surtout l'infiltration urinaire pouvait être redoutée, après l'incision par le lithotome; M. Valette répond à ces objections par des faits, par des succès, et nous avouons que c'est un assez bon argument. Nous croyons, à ce compte, important de reproduire l'une de ces observations, qui nous semblent assez concluantes :

« Obs. I. — *Salle Saint-Philippe, n*° 14. — Michel Dremieu, âgé de sept ans, né et demeurant à Ars (Ain), entré à l'hôpital de la Charité, le 26 novembre 1857, éprouve depuis plusieurs années de vives douleurs au périnée et dans la région hypogastrique. Il était déjà entré dans nos salles il y a deux ans, et nous avions, à cette époque, constaté la présence d'un calcul dans la vessie. Les parents ne voulurent jamais consentir à ce qu'une opération fût pratiquée. Aujourd'hui le jeune Dremieu est dans un état déplorable. Les douleurs sont si vives et si incessantes, qu'il est courbé en deux, les mains crispées sur la région périnéenne. — Les urines s'écoulent involontairement; il en est de même des matières fécales. — Le malade est amaigri et comme hébété par les souffrances. — Je m'assure de nouveau de la présence du calcul.

» Le 30 novembre, je procède à l'opération. Le malade est soumis à l'action de l'éther, et une incision de cinq à six centimètres est pratiquée sur la ligne médiane et à partir de la symphyse pubienne; elle comprend la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. La sonde à dard est introduite dans la vessie, dans laquelle j'ai, au préalable, rapidement pratiqué une injection d'eau tiède. Il m'est très-facile, en portant le doigt au fond de la plaie et en manœuvrant la sonde d'une certaine façon, de sentir son extrémité vésicale à travers les parties molles. — Je la maintiens à environ trois centimètres au-dessus du pubis. — Un aide pousse le dard, qui se montre bientôt. — Un fil de platine bien décapé est passé rapidement dans le chas du dard. — Celui-ci rentré dans la sonde dont je porte l'extrémité à deux centimètres environ au-dessous du point précédent et en cherchant toujours à la maintenir sur la ligne médiane, le dard est

poussé de nouveau et traverse une seconde fois la vessie et la paroi abdominale. L'aide saisit l'anse de fil avec des pinces et l'attire au dehors, puis le coupe pour que le dard puisse rentrer dans la sonde, qui est alors retirée de la vessie.— La manœuvre que je viens de décrire a eu pour résultat de passer dans la vessie une anse de fil double, au moyen de laquelle on peut soulever la paroi antérieure de cet organe et la tenir appliquée contre la face postérieure de la paroi abdominale.

» Un morceau de pâte de chlorure de zinc (sparadrap caustique en usage dans nos hôpitaux et qui a une épaisseur de deux millimètres environ) de huit millimètres de longueur et de trois de largeur est placé au fond de la plaie sur la ligne médiane. — Du coton placé tout autour le maintient en place. — Les deux extrémités des fils sont portées l'une vers l'autre et entrelacées. Une compresse et une bande convenablement serrées maintiennent le tout en place. — La première partie de l'opération est alors achevée.

» La journée est tranquille. — Le pouls à 80. — La nuit est assez bonne. — Le malade ne paraît pas souffrir beaucoup.

» 1er décembre, même état; le caustique est enlevé; l'escarre est fendue avec précaution; les deux fils de platine qui marquent les points où la vessie a été traversée servent de guide au bistouri, avec lequel je creuse une gouttière dans l'escarre. — Deuxième application de pâte de chlorure de zinc. — Les mêmes précautions sont prises pour la maintenir en place.

» 2, le malade est dans un état très-satisfaisant; pas de fièvre; le ventre est souple et indolent, pourvu que l'on s'éloigne un peu de la plaie de l'hypogastre; je répète la même application que la veille, par conséquent troisième application de caustique.

» 3, état toujours très-satisfaisant; quatrième application de chlorure de zinc faite avec les mêmes précautions.

» 4, l'urine me paraît suinter au fond de la gouttière creusée dans les couches mortifiées; le moment me paraît convenable pour pénétrer dans la vessie.

» La sonde est introduite. Il m'est facile d'en sentir l'extrémité en portant le doigt au fond de la plaie. La pointe du bistouri, portée au fond de l'escarre, fait bientôt une ouverture dans la-

quelle cette extrémité s'engage; la pointe d'un lithotome est engagée dans l'ouverture que la sonde présente; puis, par un mouvement combiné, je fais pénétrer le lithotome dans la vessie en même temps que j'en retire la sonde. L'instrument est tenu perpendiculairement et de façon à ce que le dos appuie sur l'angle supérieur de la plaie; la lame est dirigée du côté du pubis; je le retire ouvert avec un écartement de 24 millimètres environ.

» L'indicateur gauche est introduit dans la vessie; un bistouri boutonné est glissé le long du doigt; je fais à droite et à gauche une petite incision de 1 millimètre environ. Ces deux petits débridements, que je ne puis mieux comparer qu'à ceux que l'on exécute sur les anneaux fibreux dans le cas de hernie étranglée, n'intéressent qu'une partie des tissus atteints par le caustique, mais ils suffisent pour me donner du large et me permettre de manœuvrer avec facilité.

» Le gorgeret est ensuite glissé le long du doigt; puis les tenettes, le calcul, en un mot, est saisi et extrait avec les précautions en usage dans la taille hypogastrique pratiquée suivant les procédés connus.

» La journée se passe bien; les urines sortent librement par la plaie; le soir, la face est un peu injectée; le pouls est à 100; le ventre est un peu tendu; le malade a une selle qui le soulage beaucoup; la nuit est bonne, le sommeil paisible.

» 5, pouls à 90; facies bon; ventre souple et indolent. — Le soir, il y a un peu d'accélération dans le pouls.

» 6 décembre, j'administre 20 centigrammes de sulfate de quinine.

» Le malade a un peu de fièvre; il s'est enrhumé; il tousse. A l'auscultation, je constate l'existence de quelques râles muqueux. La plaie marche, du reste, assez bien; l'escarre commence à se détacher.

» Indépendamment du sulfate de quinine, qui est continué, je fais prendre au malade la potion suivante : Eau de tilleul, 120 grammes; teinture d'aconit, 20 gouttes; extrait gommeux d'opium, 3 centigrammes; sirop de violettes, 30 grammes.

» 7, la toux augmente; pouls à 110. Looch avec oxyde blanc d'antimoine, 1 gramme.

» 8, l'état du malade s'améliore ; la plaie va très-bien ; elle se rétrécit. Les urines passent en partie par le canal et en partie par la plaie.

» A dater de ce jour, les choses marchent franchement vers la guérison ; la plaie diminue de jour en jour, et finit par être complétement cicatrisée au commencement de janvier.

» Depuis le 20 décembre, les urines sortent entièrement par le canal.

» L'incontinence d'urine qui existait depuis plusieurs années a disparu, et le malade n'urine que trois à quatre fois dans les vingt quatre heures.

» Je garde le malade à l'hospice jusqu'au 1er mars, afin de poursuivre l'observation aussi loin que possible.

» Au physique et au moral, cet enfant est complétement transformé ; les fonctions urinaires s'accomplissent avec la plus grande facilité et comme chez un individu bien portant. — Non-seulement la vessie garde très-bien ses urines, mais encore elle s'en débarrase complétement lorsque le malade se livre à la miction. Je m'en suis assuré plusieurs fois en faisant uriner le malade devant moi, et en pratiquant immédiatement après le cathéterisme. »

Nous n'oserions pas dire, après cela, que M. Valette ne soit autorisé à formuler les conclusions suivantes :

« 1° La lithotritie n'est qu'exceptionnellement applicable chez les enfants ;

» 2° Parmi les nombreuses opérations de lithotomie, la taille hypogastrique, telle qu'on la pratique ordinairement, est plus grave que les tailles périnéales. — Mais elle présente sur ces dernières une supériorité marquée, en ce qui concerne les suites éloignées de l'opération, l'avenir des malades. — Une fois la guérison obtenue, les sujets sont complétement à l'abri de ces cruelles infirmités qui ne suivent que trop souvent les tailles sous-pubiennes ;

» 3° Le problème qui a été posé par plusieurs chirurgiens, et qui a pour but de rendre la taille sus-pubienne innocente, ou tout au moins de diminuer considérablement sa gravité, est résolu. »



La plus grande différence qui existe, au point de vue du succès, entre le procédé de Vidal de Cassis et celui de M. Valette, est dans la substitution du chlorure de zinc à la potasse caustique, et on conçoit que cele suffise pour donner la préférence au premier. — Cependant, nous n'avons pas appris que le chirurgien de la Charité de Lyon ait eu encore des imitateurs; — mais cela ne peut manquer.

COSTES.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Procédé de révivification du chlorure d'argent pour la préparation de la pierre infernale. — Sous ce titre, notre collaborateur, M. Barbet, a inséré dans le 1er numéro du *Journal de Pharmacie de Bordeaux,* dont il est un des rédacteurs, uue Note que nous croyons devoir reproduire.

Tous les médecins savent combien il leur importe d'avoir l'azotate d'argent pur et bien préparé. M. Barbet veut que les pharmaciens le préparent eux-mêmes au lieu de le prendre au commerce; pour cela, il leur indique le meilleur procédé, même pour l'expérimentateur le moins habile. Voici comment opère le Professeur de l'École de Médecine :

« Le chlorure d'argent, à l'état de bouillie claire, est placé dans une poche formée par un fond de vessie ou une feuille de parchemin bien ramollie par l'eau. Cette poche est percée à son centre d'un trou d'aiguille destiné à donner passage à un fil de platine, ou d'argent, dont l'extrémité supérieure s'enroule autour d'une lame d'argent, ou d'une simple cuillère de ce métal, qui se trouve ainsi plongée au milieu du chlorure à révivifier. La poche repose dans un bol de porcelaine au fond duquel se trouvent plusieurs morceaux de feuilles de zinc, autour desquels s'enroule l'extrémité inférieure du fil métallique. Tout étant ainsi disposé, je verse sur le zinc de l'eau aiguisée d'acide sulfurique; aussitôt, le fil métallique devient le pôle hydrogène, et ce gaz se dégage sur tout son trajet, aussi bien au-dessous de la vessie

qu'au-dessus, et sur toute la surface de la feuille d'argent, avec cette particularité que, dans cette dernière partie, l'hydrogène est entièrement utilisé à révivifier l'argent du chlorure. L'opération, ainsi abandonnée à elle-même, continue de marcher, pourvu qu'on acidule légèrement de temps en temps l'eau qui recouvre le zinc. Il est utile que l'action de l'acide sur le zinc soit très-modérée; pour cela, on a soin d'amalgamer des lames de zinc en promenant sur leur surface quelques grammes de mercure, au moyen d'un tampon de linge imbibé d'eau acidulée.

» L'opération est terminée lorsque toute la masse du chlorure est devenue grise, spongieuse, et qu'elle est soulevée par de grosses bulles de gaz hydrogène. On enlève la lame et le fil métallique, et on forme un nouet que l'on suspend pour faire égoutter l'argent. Cet argent, bien lavé, pourrait être immédiatement dissous dans l'acide azotique; mais il vaut mieux le mélanger à son poids de carbonate de potasse ordinaire, et le chauffer dans un creuset de terre jusqu'au point de fusion. Après refroidissement, on obtient un culot d'argent d'une parfaite pureté, qui représente exactement celui du chlorure primitivement traité.

» En dissolvant ce métal dans l'acide azotique pur, évaporant la solution à siccité, et fondant le résidu à une température de 250° environ, on obtient une pierre infernale parfaitement blanche, qui répond à tous les besoins de la chirurgie. »

M. Barbet termine cette Note par une observation sur la cristallisation de l'azotate d'argent. On peut obtenir ce sel neutre en cristaux très-beaux et beaucoup plus volumineux. « Il suffit, dit-il, de faire dissoudre l'azotate d'argent fondu dans son poids d'eau distillée, et de placer ce soluté sous une cloche au-dessus d'un lit de chaux vive ou d'un bain d'acide sulfurique concentré. Au bout de quelques jours, le liquide a disparu et se trouve remplacé par d'énormes prismes rhomboëdriques. Ces cristaux sont anhydres, d'une parfaite diaphanéité, et se conservent très-bien dans cet état, même au contact de la lumière. »

Vaccin; nouveau mode de conservation. — M. Andrews, de Chicago, propose de mêler la lymphe vaccinale avec de la gly-

cérine. Dans sept cas, il a employé ce mélange avec un résultat tout aussi satisfaisant que s'il eût opéré avec du vaccin frais; il a pu le conserver, durant les chaleurs de l'été, pendant deux ou trois mois, sans que son efficacité en fût diminuée. Le mode de préparation consiste à prendre une croûte vaccinale, que l'on brise en petits morceaux et qu'on introduit dans une petite bouteille contenant un peu de glycérine; la solution se fait peu à peu, en ayant soin d'agiter de temps en temps la bouteille.

(*Annales médicales de la Flandre Occidentale*, tome VI, n° 3).

Anesthésie locale. — L'anesthésie locale est la préoccupation constante des chirurgiens. De quel grand secours, en effet, serait cette anesthésie inoffensive n'exerçant son influence que là où l'instrument produit la douleur?

M. Claisse, de Saint-Valérien, vient de faire connaître un nouvel agent anesthésique local qu'il emploie depuis plusieurs années, et qui lui permet d'ouvrir des panaris, d'extraire des dents, sans provoquer de souffrance.

M. Claisse introduit dans un petit flacon du camphre pulvérisé, dans la proportiou d'un tiers de la capacité du récipient, et il remplit ce dernier d'éther sulfurique. C'est avec cette solution qu'il frictionne légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige en baleine, pendant une minute environ, soit la gencive, soit l'endroit où le bistouri doit agir; puis il se hâte d'opérer. Si les malades font quelques difficultés, il faut recommencer les frictions.

L'anesthésie galvanique a produit aussi des résultats satisfaisants. M. Georges, dentiste de Paris, MM. Morel-Lavallée et Fonssagrives, ont communiqué à l'Académie de Médecine une série d'expériences qui démontrent qu'en faisant passer un courant électrique à travers le davier, l'extraction des dents se fait sans douleur, et que, grâce encore à l'intervention de l'électricité, un panaris très-volumineux, des bubons syphilitiques, ont été ouverts, une opération sérieuse de fistule à l'anus a été pratiquée, sans que les malades aient manifesté de véritables souffrances. La physiologie nous dira peut-être si dans ces faits il y a eu asphyxie locale ou diversion pure ou simple. Quoi qu'il en

soit, les praticiens seront heureux de mettre à profit cette utilité de la découverte américaine.

Anasarque albumineuse; emploi du tannin à haute dose. — Le tannin pur, acide tannique ou gallique, fut d'abord administré contre les hémorrhagies et la diarrhée, à dose assez faible; il était considéré comme poison. Plus tard, il fut conseillé par de nombreux praticiens contre les sueurs nocturnes, le diabètes, les maladies atoniques. M. le Dr Garnier, de Paris, a été conduit à expérimenter le tannin dans l'anasarque albumineuse consécutive à la scarlatine, maladie si rebelle aux moyens ordinaires. Il vient de publier, dans les *Archives de Médecine,* des observations desquelles il résulte que, sous l'influence de cet agent donné à haute dose, l'infiltration générale du tissu cellulaire et la présence de l'albumine dans les urines ont simultanément disparu. M. Garnier termine son travail par les conclusions suivantes : 1° Le tannin, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, guérit l'anasarque ou l'œdème développés passivement et coïncidant avec des urines albumineuses; 2° son action curative se manifeste par des urines abondantes reprenant peu à peu leurs caractères physiologiques, de la transpiration, des évacuations alvines faciles, etc.; 3° ces signes apparaissent dès le second jour de l'administration du tannin; 4° donné en solution de 20 à 50 centigrammes, le tannin ne donne lieu à aucun accident sur les voies digestives; 5° l'action du tannin paraît s'exercer primitivement sur les liquides de l'économie, dont il coagule et plastifie les principes albumineux; son action sur ces solides paraît être consécutive, tonique et astringente. Les faits rapportés par M. Garnier ne manquent pas d'un certain intérêt; toutefois, il est important de faire remarquer que le tannin n'a été conseillé que dans des cas d'albuminurie passagère, suite de congestion des reins, et qu'il n'est nullement question de la néphrite albumineuse ou granuleuse. Cette distinction est donc utile à faire au point de vue de l'appréciation des méthodes thérapeutiques.

(*Archives méd.*, janvier 1859.)

ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

Comme trésorier de l'Association Médicale de la Gironde, nous recevons d'un honorable médecin de Bordeaux une adhésion accompagnée d'une offre généreuse. — Bien que nous soyons encore en instance, et que le Pouvoir n'ait pas, jusqu'à présent, fait son choix parmi nos candidats à la présidence de notre Association, nous n'avons pas cru devoir refuser un don qui honore son auteur, en même temps qu'il montre l'avenir sous un jour prospère.

Voici la lettre de M. Corentin Pujos :

MONSIEUR ET CHER DOCTEUR,

Sympathique de toute mon âme à l'Association générale des Médecins de France, et en particulier à celle de la Gironde, je viens vous prier d'agréer mes félicitations comme ayant été l'un des promoteurs de cette institution; je les offre également à tous ceux qui, comme vous, s'en sont occupés d'une manière si dévouée. Désirant concourir à sa prospérité, je vous prie de recevoir la somme de cent francs, que je vous envoie à titre de don à l'Association; et si à un moment donné, et par quelque circonstance fortuite, le Bureau se voyait dans l'obligation de faire un appel de fonds, veuillez garder souvenir de mon nom comme je conserverai (si Dieu le permet) celui d'offrir à l'Association ma modeste offrande annuelle.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués et dévoués.

C^{tin} PUJOS.

13 mars 1859.

— Dans la liste des adhérents que nous avons publiée dans notre dernier numéro, nous avons placé M. le Dr Depons, de Bazas, parmi les officiers de santé. Nous nous

empressons de réparer cette erreur. Bien que, comme M. le Dr Depons, nous *professions de l'estime pour le corps des officiers de santé, qui rend des services réels,* nous concevons sa réclamation et nous y faisons droit.

— Dans une seconde lettre à M. Diday, de Lyon, M. A. Latour, confirme les assertions relatives à la véritable position des Associations médicales déjà existantes et reconnues. Il n'a pu signer comme secrétaire général de la Commission centrale; mais elle est publiée avec l'assentiment du président, et nous connaissons trop la judicieuse réserve du rédacteur en chef de l'*Union Médicale* de Paris pour ne pas donner à sa dernière communication une valeur presque officielle. Peu à peu les obstacles s'aplanissent, et l'Association générale des Médecins de France triomphera complétement.

— Dans le numéro de la *Gazette médicale de Lyon* qui nous arrive à l'instant, ce n'est pas le *caractère officiel* que dénie précisément M. Diday à la réponse de M. A. Latour; mais il ne trouve pas assez explicite, assez affirmative, cette locution du Secrétaire général du Comité de l'Association générale de Paris : — « *J'affirme que l'intention de la* » *Commission organisatrice a été de laisser l'Association* » *du Rhône et les autres Associations antérieurement exis-* » *tantes, complétement libres d'admettre ou de refuser les* » *officiers de santé.* » — N'est-ce pas se montrer trop sceptique?

C.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Février 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
				millimètr	millimètr			
1	4,5	11	8	765	766	Nord.	Couv.	Le temps devient frais.
2	5	13	11	765	763	S.-O	Pluie.	Pluie toute la journée.
3	7	6	5	765	769	Nord.	Beau.	Belle journée, t frais.
4	0,5	8	5	771	769	N.-E	Beau.	Belle journée fraîche.
5	2	7	6	762	759	S.-E	Couv	Petite pl. brum. le soir.
6	5,5	7	5	758	752	S.-O	Pluie.	Pluie la nuit et le jour.
7	5	8	5	752	752	S.-O	Couv.	Journ. fraîche, pl. le s.
8	4	11	6	752	753	S.-O	Pluie	Forte pl. l'après-midi.
9	5	13	8	756	758	S.-O	Couv.	Pluie le soir.
10	7	13	9	760	764	S.-O	Couv.	Le temps paraît chang.
11	7	10	7,5	763	762	N.-E	Beau.	Assez jolie journée.
12	4	12	9	761	761	S.-E	Couv.	Brouillard le matin.
13	6	13	8	763	764	Sud.	Couv.	Belle soirée.
14	5	12,5	7	766	766	Ouest	Couv.	Pluie dans la journée.
15	5	13	10	771	774	Nord.	Beau.	Temps nuageux.
16	6	13	11	775	775	Nord.	Couv.	
17	6	13	10	775	775	N.-O	Couv.	
18	9	13	10	773	773	N.-O	Couv.	
19	3,5	11	7	774	774	N.-O	Beau	Très-belle journée.
20	2	10,5	6	774	774	Nord.	Beau.	*Idem.*
21	3	11	7	775	775	N.-E	Beau.	*Idem.*
22	3	11,5	7	773	773	N.-E	Beau.	*Idem.*
23	3	11,5	8	771	771	N.-E	Beau.	Temps nuageux.
24	2,5	11	7	770	770	Est.	Beau.	Léger brouil. le matin.
25	3	16	10	769	769	Est.	Beau.	
26	6	13	9	769	769	S.-O	Couv.	
27	7	15	8	770	771	Ouest	Couv.	Qques gouttes de pluie.
28	5	15	10	772	772	N.-O	Beau.	Très-belle journée.

Résumé des observations météorologiques de Février 1859

THERMOMETRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	9° le 18.	16° le 25.	11° le 16.
Moindre	+0°5 le 4.	6° le 3.	5° les 3, 4, 6, 7.
Moyen................	4°5 le 1er.	12° le 12.	7° le 11.

Chaleur du milieu du jour : 6 jours de 6° à 10° ; 22 jours de 10°5 à 16°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	775 mill. les 16, 17 et 21.
Minimum..................	752 mill. les 6, 7 et 8.
Medium..................	766 mill. le 14.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses mais graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord......... 5 fois.

nord-ouest..	4	»
ouest........	2	»
sud-ouest....	7	»
sud..........	1	»
nord-est.....	5	»
sud-est......	2	»
est...........	2	»

VENTS DOMINANTS : Nord et ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux........ 12.

couverts......	13.
pluie.........	3.
glace.........	

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

La température du mois de février a peu varié; presque constamment modérée au milieu du jour, elle a été rarement au-dessous d'une douce fraicheur le matin et le soir. Les vents cependant ont été très-variables, et ont soufflé le plus souvent de la partie de l'ouest et du nord Il en est résulté, dans la première quinzaine. des jours couverts et quelques pluies très-peu abondantes, qui ont été suivies de plusieurs journées printanières et très-belles. Le baromètre a éprouvé une assez forte dépression depuis le 5 jusqu'au 10; mais il s'est relevé pour regagner le haut niveau qu'il conserve depuis plusieurs mois. En résumé, le mois de février a été plutôt un mois printanier qu'un mois d'hiver.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU. Suc' de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU LUPUS HYPERTROPHIQUE;

par M. E. GINTRAC, Professeur de Clinique interne et Directeur de l'École de Médecine.

Le lupus hypertrophique n'est, à proprement parler, ni un lupus ni un esthiomène, puisque le tissu de la peau, au lieu de se corroder à l'extérieur ou à l'intérieur, se développe, se tuméfie, et ne paraît subir ensuite aucune perte de substance. C'est un genre pathologique peu connu, imparfaitement déterminé, et qui réclame de nouvelles recherches.

M. Rayer a indiqué plusieurs des caractères de ce *lupus non exedens*. Il l'a vu sur les membres, principalement sur le supérieur, à la nuque, à l'occiput, sous l'oreille. Il a constaté son volume et sa brusque circonscription; il a observé à sa surface des inégalités très-marquées, des sillons, des brides, des porosités apparentes et un suintement séreux. La couleur rougeâtre, violacée des excroissances, est indiquée dans une des planches de l'ouvrage du même auteur [1]. Je considère cet ensemble de caractères comme spécifiant d'une manière assez précise la forme pathologique appelée *lupus avec hypertrophie*, dénomination que j'emploie, n'en trouvant pas de meilleure à lui substituer.

D'après M. Cazenave, la face serait le siége exclusif

[1] *Maladies de la peau*, t. II, p. 198 et pl. XII, fig. 6.

du lupus hypertrophique [1]. Plusieurs faits vont prouver que cette assertion est trop absolue.

Horack a rapporté l'histoire détaillée d'une altération remarquable de la peau, située à la partie inférieure de la jambe, chez un homme de trente-sept ans. Cet individu, tisserand, père de famille, avait toujours eu une sueur fétide et abondante des pieds, une tendance aux inflammations cutanées pour des causes légères. Il avait eu les jambes enflées; à l'âge de vingt-sept ans il se forma des crevasses et des ulcérations vers les malléoles, puis la peau se tuméfia considérablement et prit un aspect fongueux; il en résulta une large excroissance, dont le tissu ferme et résistant offrait de nombreux tubercules durs, du volume d'un pois à celui d'un œuf de colombe. La couleur générale de cette hypertrophie était d'un rouge pâle, fauve; de nombreuses fissures laissaient couler un fluide jaunâtre, infect. La santé générale n'était pas mauvaise; il n'y avait ni amaigrissement ni débilité. Le sujet, pendant le cours de cette maladie, était devenu père de trois enfants. Il fut reçu à l'hôpital de Leipsick, et soumis à l'emploi des bains alcalins locaux, de la gomme ammoniaque avec l'extrait de douce-amère, des décoctions de quinquina et de lichen. Une notable amélioration survint, et déjà, quand Horack publiait sa dissertation, la partie supérieure du lupus était affaissée et convertie en une couche écailleuse d'un blanc grisâtre. Dans le commentaire qui accompagne cette observation, l'auteur compare la maladie qu'il vient de décrire à quelques autres qui n'ont avec

[1] *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 199.

elle aucun rapport, et avec la bucnémie (éléphantiasis des Arabes) qui en aurait beaucoup plus; mais il fait remarquer avec raison que chez son malade il n'y avait point eu d'indice de lésion du système lymphatique, point d'érysipèle, point de paroxysmes fébriles; que l'épiderme n'était ni épais, ni squameux, ni dur. J'ajoute que l'examen attentif de la planche qui est jointe à la description, montre une tumeur très-saillante, circonscrite, formant autour de l'articulation tibio-tarsienne un anneau large et fort épais, d'apparence tuberculeuse et fongueuse, différant beaucoup de la tumeur large, étendue, plissée et grisâtre de l'éléphantiasis des Arabes [1].

Un autre exemple de lupus hypertrophique de la jambe se trouve dans un fait communiqué par Martin d'Aubagne à Alibert. Le sujet était un homme de quarante ans, scrofuleux dès son enfance, qui, à la suite d'une plaie contuse de la jambe, vit se former des végétations verruqueuses sur la partie inférieure de la jambe et le pied, presqu'entièrement masqués par ces excroissances [2].

Un troisième fait, mieux circonstancié, a été consigné dans sa thèse par M. Duménil (IVe Obs.). Il est relatif à un jeune homme de seize ans, lymphatique et scrofuleux, qui eut des ulcérations à la face dorsale du pied, un gonflement considérable de la jambe, avec coloration jaune bistre, et avec saillies tuberculeuses disséminées ou en groupes, à teinte fauve ou rouge foncé,

[1] Jo. Car. Horack, *Commentatio medica rarioris degenerationis telæ cellulosæ et cutis in cruribus historiam sistens*. Lipsiæ, 1828.

[2] *Monographie des dermatoses*, p. 631.

et recouvertes de croûtes squameuses peu épaisses.

L'esthiomène de la vulve se présente parfois sous la forme hypertrophique. M. Huguier l'a constaté, et les planches qui accompagnent son Mémoire en donnent une idée fort exacte [1]. Ce sont des végétations sessiles, résistantes, élastiques, mamelonnées, d'un rouge grisâtre, qu'il ne faut pas confondre avec l'éléphantiasis arabique des grandes ou des petites lèvres.

Le lupus hypertrophique se manifeste à la face, sur les joues, aux environs de l'oreille, au grand angle de l'œil, sur le nez, mais moins vers son lobe que près de sa racine et sur sa partie moyenne [2]. Il peut former une ou plusieurs tumeurs mamelonnées, d'un rouge pâle, et très-différentes des tubercules syphilitiques, mais saillantes et entourées d'une auréole autrement colorée.

J'ai recueilli deux observations de lupus hypertrophique, l'une avec peu de détails, n'ayant vu le malade qu'une fois, mais avec assèz d'attention pour avoir pu rigoureusement déterminer les caractères de l'altération cutanée; l'autre a été très-longtemps sous mes yeux, j'ai pu en suivre toutes les phases, et je suis même obligé de n'en retracer les diverses circonstances que d'une manière très-abrégée.

Ire Obs. — Dans le mois de février 1856, un jeune élève, âgé de treize ans, mè fut présenté portant au cuir chevelu, derrière et un peu au-dessus de l'oreille droite, une grande plaque saillante, arrondie, de 7 à 8 centimètres de diamètre,

[1] *Mémoires de l'Académie de Médecine,* t. XIV, p. 519, pl. III et IV.

[2] Loughton, *Cyclopædia of pratical medicine,* t. III, p. 388.

légèrement convexe, élevée sur ses bords de 3 à 4 millimètres et d'environ 5 à 6 dans son milieu. Cette plaque d'un rouge fauve, solide, consistante et même un peu dure, était parsemée de saillies tuberculeuses, d'aspérité et d'orifice béants, dans lesquels on distinguait une gouttelette d'une matière épaisse jaunâtre. Cet état existait depuis plusieurs mois ; l'enfant était lymphatique et d'une constitution faible.

IIe Obs.—Marie Bodet, âgée de trente-neuf ans, native de Saint-Romain, domiciliée à Bonnes (Charente), où elle travaille la terre, mariée, mère de deux enfants (l'un âgé de douze ans, l'autre de huit), est d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, d'une conformation régulière, parfaitement menstruée depuis l'âge de seize ans. Sa mère est morte d'hydropisie à cinquante-six ans. Son régime est principalement végétal. Elle a eu la gale deux fois, à dix-huit ans d'intervalle, et l'a gardée pendant un an chaque fois; elle a été atteinte d'une bronchite opiniâtre à l'âge de dix ans, et a conservé depuis cette époque un exutoire au bras gauche, entretenu avec l'écorce de garou. Elle a eu des fièvres intermittentes de divers types, qui ont été souvent combattues avec la centaurée.

Au commencement de 1845, elle ressentit entre les épaules une démangeaison bientôt suivie de la formation de papules qui disparurent au bout de trois mois. En mai, la démangeaison revint et se fit sentir au sein gauche; il y survint un suintement roussâtre, et il se forma une large plaque couleur lie de vin, qui persista jusqu'au mois de décembre, époque où, soumise à des onctions avec une pommade mercurielle, elle guérit. Le vésicatoire du bras gauche, qui depuis six mois avait cessé de suppurer, fut tout à coup le siége d'un travail morbide; il survint du gonflement et un suintement considérable. En même temps, il y eut une fièvre intense, des sueurs copieuses, une chaleur

très-vive à la peau. L'irritation s'étendit du bras à l'avant-bras jusqu'au poignet. On appliqua la pommade mercurielle. Le gonflement augmenta; il se forma des fissures et une exsudation très-abondante. Il y eut aussi une éruption vésiculeuse sur diverses parties des membres inférieurs.

L'année suivante, des taches avec démangeaison se formèrent aux pommettes et se convertirent en plaques avec suintement.

La malade vint alors à l'hôpital, et y séjourna pendant trois mois. Elle fut soumise à l'emploi de diverses tisanes et de lotions avec la décoction de tannin. Elle parut mieux et rentra chez elle. Bientôt le gonflement, l'exsudation reparurent; il se manifesta même une éruption impétigineuse sur le cuir chevelu.

Le 20 mars 1848, Marie Bodet est admise à la clinique interne, et présente l'état suivant :

1° Sur les pommettes on observe deux plaques de forme irrégulière, de 5 à 6 centimètres de diamètre environ, offrant près d'un centimètre d'épaisseur. La surface en est inégale, entrecoupée par des sillons plus ou moins profonds, recouverte par des croûtes brunâtres, par les interstices desquelles se fait un suintement de sérosité roussâtre. Ces deux plaques s'étendent sur le dos du nez: Elles remontent de là en contournant les yeux et gagnent la paupière supérieure.

2° Au menton il existe une sorte de petit tubercule de forme aplatie et de couleur brunâtre.

3° Le lobule de l'oreille gauche est déformé, allongé, recouvert d'une plaque semblable à celle des pommettes, s'étendant jusqu'à la région parotidienne, et fournissant un suintement abondant.

4° Plusieurs saillies analogues se trouvent sur le cuir chevelu.

5° Sur la mamelle gauche, on voit une large tache, peu proéminente, violacée, sèche, et comme recouverte d'une poudre d'un gris blanchâtre.

6° Le bras gauche, ainsi que l'avant-bras, sont enveloppés en entier d'une plaque très-large et fort épaisse, qui représente comme une manche de drap exactement appliquée sur ces parties et s'arrêtant au poignet. Sa couleur est brune, sa surface inégale, rugueuse, mamelonnée, fendillée; elle fournit un suintement assez abondant et d'une odeur infecte.

7° La jambe gauche présente aussi comme une enveloppe, mais moins large et incomplète, qui s'étend de la partie interne et supérieure de la jambe jusqu'au voisinage de la malléole tibiale. L'exsudation séreuse est plus considérable sur cette plaque que sur les autres [1].

L'économie n'offre d'autre état morbide qu'une ancienne bronchite. Les diverses fonctions interrogées donnent des résultats négatifs.

Le traitement s'est composé de tisanes dépuratives, d'une, puis deux pilules asiatiques chaque jour, et d'un bain préparé avec 100 grammes de sulfure de potasse.

La toux a réclamé l'usage d'un looch calmant et l'application d'un vésicatoire au bras droit, le suintement des surfaces malades ayant notablement diminué vers le milieu d'avril.

Le vésicatoire a bientôt présenté des granulations nombreuses et un aspect assez analogue à celui des plaques de lupus.

La tête ayant été rasée, a laissé voir un boursoufflement considérable du cuir chevelu, avec des bosselures inégales, séparées par des espèces d'anfractuosités.

[1] Un dessin colorié très-exact de ces nombreuses altérations est déposé dans les collections de l'École de Médecine de Bordeaux.

Vers la fin d'avril, les pilules asiatiques sont portées au nombre de trois; le suintement des plaques des membres ayant presque cessé, mais leur épaisseur étant encore la même, un bandage légèrement compressif est appliqué sur ces parties.

Le 1er mai, le tubercule du menton a presque disparu. Les plaques des membres sont affaissées.

Le 3, il en est de même de la plaque de l'oreille.

Les plaques de la jambe conservant toute leur épaisseur en quelques points, on y passe une couche légère de pâte de Vienne très-liquide. Il en résulte une suppuration considérable, puis une odeur extrêmement fétide.

Le 9 mai, les productions tuberculeuses de l'oreille et des joues ont notablement diminué d'épaisseur. Les bourrelets que leurs bords formaient, ainsi que ceux de la partie inférieure de l'avant-bras, sont beaucoup moins tranchés.

Le 17, le nitrate d'argent est largement passé, à plusieurs reprises, sur les plaques de la jambe et de l'avant-bras. La suppuration y est assez abondante, mais l'affaissement continue. Cet affaissement permet de distinguer une multitude de petits abcès sous-dermiques, qui paraissent avoir leur siége dans les follicules sébacés; ils sont tous de dimensions égales.

Du 24 au 31, les tubercules de l'oreille et du menton sont à peu près effacés. On remarque une grande amélioration au bras gauche. La peau tend à revenir à l'état normal. Cette espèce de manche brune, épaisse, qui semblait recouvrir le bras et l'avant-bras, a disparu en grande partie. La jambe est aussi beaucoup mieux. La plaque de la paupière gauche se couvre en deux points de squames circonscrites. La toux a diminué.

Du 1er au 15 juin, la plaque du bras ne forme plus qu'une simple tache. La toux persiste. La percussion ne donne

aucune matité anormale; l'auscultation fournit du râle muqueux. Un cautère est placé à la cuisse droite. (Looch opiacé.)

Le 16, six sangsues sont appliquées à l'anus, à cause d'un retard des menstrues, qui coulent bientôt après.

A la fin du mois, l'amélioration a continué, la respiration est pure et sans râles.

Le 24, il survient, après un accès fébrile suivi de sueur, de larges vésicules à la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la jambe gauches.

Le 26, ces vésicules se remplissent d'une sérosité abondante; dans quelques-unes elle est trouble et d'aspect purulent. Ces vésicules ouvertes sont touchées avec le nitrate d'argent. Le 27, la joue droite, qui était guérie, se couvre d'une sorte de croûte, et fournit un suintement abondant. Le nitrate d'argent y est passé.

Le 4 juillet, le tubercule sous-oriculaire est volumineux; — on le recouvre d'une couche de poudre de Vienne. Les jours suivants, cette partie est considérablement affaissée.

Le 12, quelques nouvelles vésicules se sont formées au bras gauche.

Le 24, nouveau pemphigus à l'avant-bras. Cautérisation avec le nitrate d'argent. La surface cautérisée est rouge, chaude, douloureuse. On l'enveloppe avec des compresses trempées dans la décoction de racine de guimauve.

Pendant le mois d'août, l'amélioration, qui avait été interrompue, reprend son cours; les bains sulfureux et les pilules asiatiques sont continués; les plaques du lupus sont affaissées et presqu'effacées; on ne pourrait plus se faire une idée de l'affection telle qu'elle existait quelques mois auparavant. La menstruation a eu lieu régulièrement. La toux est presque nulle.

Dans le mois de septembre, les progrès vers la guérison continuent. La plaque de la joue droite est encore brune, mais très-mince et sans croûte; sa surface est rugueuse et comme mamelonnée.

En octobre, le même état persiste; la joue droite offre toujours une tache, et le bas de la jambe gauche présente comme un bourrelet, qui fait soupçonner que la maladie résiste encore.

Vers le 20 novembre, quelques vésicules se reproduisent à l'avant-bras gauche.

Le 1er décembre, on peut juger de la recrudescence du lupus par l'état de la joue et de la jambe. Le bras offre aussi quelques saillies tuberculeuses. La jambe est cautérisée. La malade est mise à l'usage de l'huile de foie de morue, indépendamment des pilules asiatiques et des bains sulfureux. Vers le 19, un état de pléthore très-marqué et des palpitations de cœur rendent nécessaire l'application de huit sangsues à l'anus. La malade avait pris beaucoup d'embonpoint, sous l'influence du traitement et du régime.

20. Exsudation abondante d'un fluide jaune grisâtre ichoreux à la joue droite.

22. Extension de l'affection tuberculeuse aux paupières.

Le 5 janvier 1849, nouvelle apparition des menstrues; pouls plein, chaleur à la gorge, état général d'excitation. Dix sangsues à l'anus. Lotions émollientes et opiacées sur les plaques du lupus.

Dans le courant de janvier, l'état s'améliore. Il en est de même en février. Cependant, il y a de temps à autre de la fréquence, de la plénitude du pouls, qui réclament l'application de quelques sangsues à l'anus, toujours suivie d'un mieux sensible. Les menstrues coulent régulièrement.

Le 25, la poudre de Vienne est appliquée à la cuisse droite pour raviver le cautère.

Le 27, un état de pléthore évident, une céphalalgie intense, la rougeur de la face, motivent une saignée du pied et un régime très-sévère.

Le 5 mars, apparition d'une tumeur volumineuse arrondie, très-sensible à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche. La fièvre est continue.

Le 8, affaissement, prostration des forces, altération des traits du visage. Érysipèle avec larges phlyctènes le long de la jambe et du genou gauches. (Potion avec 2gr d'extrait mou de quinquina; compresses d'eau de sureau.)

Pendant le mois de mars, la maladie s'aggrave d'une manière inquiétante. Les phlyctènes se sont étendues jusqu'à l'aine. On dirait qu'un immense vésicatoire a été appliqué sur tout le membre. (On saupoudre avec un mélange d'amidon et de quinquina.) Le pouls est petit, fréquent, la respiration très-gênée, la faiblesse considérable, la langue sèche et brune. Les dents se couvrent d'un enduit fuligineux ; le lupus fait des progrès à la face.

Le 16, la suppuration du membre inférieur est diminuée. On continue le quinquina à l'extérieur et à l'intérieur.

Le 17, on constate une large excoriation sur la région du sacrum, et un prolapsus de la muqueuse vaginale.

Le 25, la tumeur qui avait paru à la cuisse dès les premiers jours du mois s'est convertie en un abcès considérable, qui est ouvert et fournit une suppuration très-abondante. La peau est décollée dans une étendue de huit centimètres en haut et de dix dans le bas. Une contre-ouverture est pratiquée dans la partie la plus déclive le 29.

Le 30, le pouls est toujours faible, mais moins fréquent. Les plaies présentent un bon aspect. La toux est vive, la voix rauque. (On ajoute quelques gouttes de laudanum à la potion d'extrait mou de quinquina.)

Dans le mois d'avril, le lupus disparaît graduellement à la face. Le pouls, qui avait toujours donné 100 pulsations, tombe à 88-92. (Potion de quinquina laudanisée; décoction de lichen d'Islande.)

Le 20, un abcès, qui a paru dans l'aine gauche, est ponctionné et parfaitement évacué.

Le 3 mai, un large emplâtre de Vigo est appliqué sur les ganglions inguinaux, encore tuméfiés.

Dans les mois de mai, juin et juillet, la malade éprouve une amélioration de plus en plus prononcée. Elle peut se lever. Les croûtes des plaques de lupus se détachent; on passe de temps à autre le nitrate d'argent sur les points qui fournissent de la suppuration. On a recommencé les pilules asiatiques et les bains sulfureux; la dose du sulfure est portée à 150 grammes. Les voies digestives offrent parfois quelques dérangements. Il y a de la diarrhée, qui est combattue par le sous-nitrate de bismuth et un régime sévère.

Les mois d'août et de septembre se passent assez bien; mais en octobre, on remarque une tendance au retour du lupus. La santé générale est améliorée.

En novembre, la résolution des dernières plaques du lupus s'opère successivement. La menstruation est régulière.

En décembre, quelques indurations de la cuisse réclament l'emploi de la poudre de Vienne.

Dans le mois de janvier 1850, la bronchite s'exaspère; une expectoration épaisse d'un blanc jaunâtre a lieu. (Potion avec kermès, 0gr05.)

Pendant les mois de février, mars et avril, les plaques de lupus ont encore diminué. Les points les plus saillants ont été touchés avec le nitrate d'argent.

Dans le mois de mai, on observe une recrudescence. En juin, la malade est envoyée à Baréges, où elle prend les bains pendant un mois et demi.

Rentrée à l'hôpital le 21 août, Marie Rodet offre le même état qu'à son départ. Les plaques de lupus, surtout de la face, sont toujours fort saillantes, et donnent un fluide séro-purulent.

Dans le mois d'octobre, on remarque une certaine modification. (On applique de nouveau de la poudre de Vienne sur différents points.

En novembre, les surfaces qui ont été cautérisées prennent un aspect satisfaisant. On les recouvre de collodion.

L'effet est nul. On les saupoudre avec du calomel. Leur état devient meilleur.

La menstruation est en retard; quelques symptômes de turgescence sanguine sont combattus par douze sangsues à l'anus.

En décembre, la maladie est parvenue à un degré successif d'amélioration, qui permet à la malade de quitter l'hôpital. Elle sort le 24 janvier 1851.

Elle rentre le 15 mai suivant : Les membres supérieur et inférieur demeurent parfaitement guéris. La pommette droite et la paupière supérieure du même côté offrent des tubercules saillants, couverts de croûtes épaisses, jaunâtres, et donnant une exsudation purulente. Autour du mamelon droit, et même sur le mamelon, on remarque une altération analogue. Il y a de la toux, de la dyspnée, une expectoration muqueuse jaunâtre. L'appétit est conservé. Pas de fièvre. Le cautère séché est rouvert. (Tisane pectorale, looch calmant.) Quelques jours après, pilules asiatiques, bains sulfureux; poudre de Vienne sur les parties les plus saillantes des plaques.

Le traitement se poursuit de la même manière. Il ne reste plus qu'une légère rougeur des conjonctives. Les plaques de lupus ont disparu. La malade prend, pendant le mois de janvier 1852, de l'eau de Labassère. Le 25, elle quitte l'hôpital entièrement guérie, et n'y a pas reparu depuis.

J'ai donné avec détail cette observation, parce qu'elle montre et l'opiniâtreté de la maladie, ses complications, ses phases diverses, et en même temps la fructueuse ténacité avec laquelle le traitement a été employé.

On a pu remarquer, comme circonstances coïncidentes, d'abord une tendance continuelle à la pléthore, puis une disposition à l'adynamie.

On a vu l'effet des bains de Barèges ne pas être définitif, comme on eût pu l'espérer.

L'efficacité des cautérisations a été incontestable; ce mode de traitement, employé fréquemment et hardiment, a fait détacher des quantités considérables de ces végétations organiques qui formaient le caractère essentiel de la dermatose.

Il est assez curieux que ce lupus, d'abord presque exclusif au côté gauche du corps, l'ait quitté pour se porter ensuite principalement à droite.

La bronchite a été en permanence chez cette femme, mais elle n'a pas fait naître de tubercules pulmonaires, circonstance bien remarquable, et qui prouve la nature essentiellement différente de la dermatose dont il s'agissait, et de l'affection tuberculeuse proprement dite. Il est vrai que j'ai eu constamment le soin d'établir des points de suppuration vers les membres inférieurs toutes les fois que l'exsudation des plaques de lupus paraissait diminuer. Il y a même lieu de noter que des abcès considérables, formés à la cuisse et à l'aine gauches, ont opéré de salutaires révulsions.

Bien que les cautérisations énergiques soient, dans le traitement du lupus hypertrophique, d'une efficacité incontestable, on pourrait encore avoir recours à l'instrument tranchant si la tumeur était très-saillante, circonscrite et solitaire. Des extirpations ont été opérées par Éberl [1], par M. Hoppe de Bonn [2] et par M. Huguier [3].

[1] Rust'magasin, etc. *Journal des Progrès,* t. IX, p. 244.
[2] *Archives,* 4e série, t. XXIV, p. 218.
[3] *Mémoires de l'Académie de Médecine,* t. XIV, p. 542.

EXCISION D'UN ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL UTÉRIN,

faite avec succès sur une jeune fille vierge;

par J.-J. CAZENAVE,

médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie Impériale de Médecine de Paris.

Mlle de S..., âgée de vingt-deux ans, d'une constitution vigoureuse, souffrait depuis longtemps des reins, de tiraillements dans les aines, de pesanteur au fondement; marchait difficilement, avait un écoulement vaginal d'un blanc rosé, abondant et fétide; sentait ses fonctions digestives s'altérer graduellement, et continuait cependant d'avoir des menstrues régulières et assez abondantes, lorsqu'elle vint à Bordeaux pour me consulter.

J'explorai trois ou quatre fois le vagin, le rectum et l'hypogastre, dans la première quinzaine du mois de janvier 1849, et découvris, à travers la membrane hymen, intacte, une languette charnue et mobile, dont il me fut impossible de reconnaître la nature. Le toucher vaginal répété avait été si douloureux, que j'ajournai mes investigations jusqu'au 19 du même mois. Cette fois là je franchis l'hymen de vive force, afin de me frayer une voie vers le col utérin, malgré l'étroitesse du vagin. Je reconnus alors une exubérance, une sorte de polype conoïde, ayant environ 4 centimètres de long, 2 centimètres de large, 10 millimètres d'épaisseur, en un mot une de ces productions assez souvent méconnues, et qu'on ne voit se développer qu'assez rarement chez les jeunes filles vierges. Malgré des efforts répétés et des recherches très-minutieuses, il me fut impossi-

ble d'explorer convenablement le col de l'utérus, et, partant, d'avoir des données positives sur l'insertion de l'exubérance en question.

L'incertitude dans laquelle j'étais me fit désirer l'adjonction de deux confrères ; mais, une exploration de la nature de celle que nous avions à faire étant fort pénible pour la jeune personne, nous arrêtâmes que M. Fauré voudrait bien chloroformiser la malade, et que les D[rs] Dubreuilh père et Pouget n'entreraient dans sa chambre que lorsqu'elle serait étrangère à tous nos actes. Quand M[lle] de S... fut insensible, je touchai le premier, et trouvai les choses dans le même état que la veille. Un spéculum de petit diamètre ayant été porté jusqu'au col utérin, ne m'apprit rien de plus que le toucher, et mes confrères, très-désireux tous les deux d'avoir des données aussi positives que possible à l'endroit du diagnostic, ne furent pas plus avancés que moi.

Assurément, sans la merveilleuse ressource du chloroforme, qui produisit plus que ses effets anesthésiques ordinaires, nos explorations, faites en dilatant violemment le canal vulvo-utérin d'une vierge, eussent été très-douloureuses. Néanmoins, mes confrères et moi nous dûmes renoncer à recourir de nouveau à l'usage *du liquide hydro-carboné,* vu les difficultés que nous avions éprouvées pour combattre la contraction musculaire des membres pelviens, contraction qui avait été d'autant plus forte, que le sujet était d'une vigueur peu commune. Et d'ailleurs, s'il fallait opérer, toute manœuvre devenait à peu près impossible par ce fait de *raideur musculaire,* dont j'ai vu quelques exemples dans ma pratique, ainsi que peut se le rappeler M. Fauré, qui m'a si souvent et si obligeamment assisté.

Mais cette première consultation fut négative, en ce sens que, n'ayant pas pu formuler un diagnostic tant soit peu positif quant à la nature de l'allongement hypertrophique et à son insertion, mes confrères et moi ne nous crûmes pas autorisés à prendre une détermination. Dans cette occurrence, je demandai une seconde consultation, pour laquelle MM. Puydebat et Chaumet furent désignés. — De nouvelles explorations furent faites par ces derniers confrères, par M. Dubreuilh le père et par moi, tantôt à l'aide du toucher, tantôt à l'aide d'un spéculum, et néanmoins, je dois l'avouer, de nombreuses incertitudes restèrent dans nos esprits. Toutefois, l'opération fut décidée, et il fut arrêté que je me conduirais selon l'occurrence, et que je parerais, comme je l'entendrais, aux éventualités qui se présenteraient.

Les explorations réitérées auxquelles mes honorables confrères et moi nous avions soumis la malade l'ayant beaucoup fatiguée, force me fut de renvoyer l'opération à quelques jours plus tard.

Quand l'irritation du vagin fut calmée, le Dr Dubreuilh père et moi explorâmes de nouveau, puis je procédai à l'opération de la manière suivante :

Je glissai le long du doigt indicateur gauche des pinces droites à polype, m'efforçai de saisir l'appendice charnue le plus près possible du col utérin, tirai lentement et de façon à faire descendre ce même col aussi bas que je le pourrais. Ces pinces dérapèrent plusieurs fois, mais sans déchirer les tissus que j'avais étreints dans leurs mors. Je recommençai la même manœuvre une quatrième fois, confiai l'instrument préhenseur à

mon confrère, et saisis la tumeur un peu plus haut avec deux pinces de Muzeux. Cette manière de procéder ne nous ayant pas encore complétement réussi, je fus obligé d'y revenir, mais, cette fois, avec bonheur, car je pus abaisser le col utérin jusqu'au tiers antérieur du vagin, et là explorer ce même col et l'allongement hypertrophique, qui ne faisaient qu'un. — Donc, pas d'insertion proprement dite; donc, pas de pédicule; donc, existence matériellement démontrée d'une production exubérante du col utérin, d'une sorte d'hypertrophie jouant le même rôle que les polypes dans le vagin, et la malade devant, pour ce fait d'abord, pour les incommodités dont elle était tourmentée ensuite, et peut-être aussi pour son avenir de jeune femme, devant être débarrassée de cette espèce d'appendice.

Les tractions faites n'ayant pas pu abaisser le col au delà du point indiqué, je me servis alternativement de longs ciseaux courbés sur le plat et du bistouri de Cooper, pour resequer le cône charnu, en empiétant un peu sur le col lui-même.

Une hémorrhagie inquiétante suivit immédiatement l'opération, donna lieu à des syncopes et à un état anémique qui dura plusieurs jours; puis survint une légère métro-péritonite que le Dr Dubreuilh père combattit avec succès pendant mon absence, motivée par une opération que j'allai faire alors dans le département de la Charente-Inférieure.

Pendant que le col utérin avait été abaissé, M. Dubreuilh et moi nous avions pu constater sa dureté, son beau poli, et craindre qu'il n'existât un commencement de dégénérescence.—L'exubérance, resequée avec

une portion du col, ayant été examinée avec attention et divisée par tranches, ne démentit pas ce diagnostic, car la matière était très-résistante et avait une teinte blanc bleuâtre. Du reste, la plus grande partie de la pièce que nous avions sous les yeux était formée d'une matière qui, pour sa couleur et sa consistance, se rapprochait de la couenne du lard. Nous n'osâmes pas prononcer le mot *squirrhe,* et cependant qu'était-ce donc?

On lira avec beaucoup d'intérêt, dans un ouvrage de M. Duparcque (*Traité théorique et pratique sur les altérations organiques simples et cancéreuses de la matrice,* Obs. XLVI, p. 156, Paris, 1839), un fait d'allongement démesuré du col utérin, qui a quelques rapports avec celui que je fais connaître.

Mlle de S..., opérée depuis dix ans, se maria en 1851, a eu deux très-beaux enfants, se porte à merveille, et n'a conservé aucune trace de sa maladie.

RECHERCHES

sur l'absorption et l'assimilation des huiles grasses émulsionnées, et sur l'action dynamique des sels gras à base de mercure;

(Suite et fin [1].)

par M. le Dr J. JEANNEL.

2e PARTIE.

Recherches physiologiques et toxicologiques sur le stéarate et l'oléo-stéarate de mercure.

Les minéraux engagés dans les combinaisons organiques en dehors de la vie sont par là même rapprochés de l'organisation vivante; leurs affinités chimiques

[1] V. le précédent no.

les plus saillantes sont dissimulées; ils ne peuvent plus être découverts par les réactifs les plus puissants, et l'action irritante qu'ils exercent sur les tissus vivants se trouve prodigieusement atténuée. En même temps, ils peuvent être introduits dans le sang par diverses voies, et les symptômes généraux qu'ils produisent sont dégagés des complications résultant de la destruction partielle ou tout au moins de l'irritation des surfaces absorbantes.

Parmi les combinaisons organiques des oxydes métalliques, les sels gras offrent de nombreux avantages : ils sont d'une préparation très-facile; ils dissimulent au plus haut point les affinités ordinaires de leurs bases; ils sont solubles dans les corps gras neutres; par suite, ils sont très-facilement émulsibles et assimilables; aussi permettent-ils d'obtenir, indépendamment de toute irritation locale, les effets dynamiques des agents toxiques ou médicamenteux.

Depuis longtemps, sans doute, les médecins se sont occupés des combinaisons organiques des agents minéraux, et l'huile de foie de morue, devenue l'un des médicaments reconstituants les plus précieux, a engagé les pharmaciens-chimistes à préparer, pour l'usage intérieur, des huiles contenant divers principes actifs. Cependant, les sels gras à bases métalliques ou à base d'alcaloïdes avaient faiblement attiré l'attention; ils étaient à peine mentionnés dans les Traités de matière médicale, et ils n'avaient été l'objet d'aucune étude suivie au point de vue toxicologique ou thérapeutique [1], jusqu'au moment où j'ai entrepris de prou-

[1] V. pour l'historique : *Combinaisons des oxydes de mercure*

ver qu'ils offrent en réalité la forme la plus favorable à l'assimilation des modificateurs les plus importants.

Dans un précédent travail, j'ai fait voir que les solutions aqueuses de sels minéraux se changent en sels gras lorsqu'on les mêle à un alcali en présence de l'huile, que la transformation des oxydes métalliques en sels gras dans l'intestin et même dans le sang est rendue probable par les expériences de laboratoire, et que l'administration des sels gras insolubles dans l'eau, de préférence à celle des composés solubles, est autorisée par une théorie plausible [2].

Dans la première partie du présent Mémoire, j'ai prouvé l'absorption et l'assimilation faciles des huiles émulsionnées par de très-petites doses de carbonate alcalin ou de savon. Maintenant, j'entre dans le domaine de l'observation directe de l'action des sels gras sur l'économie animale, et j'entreprends d'étudier les sels gras à base de mercure au point de vue physiologique et toxicologique. Je ne me flatte pas de remplir aujourd'hui complétement le cadre que je me suis tracé, mais j'espère qu'il me sera donné d'ouvrir la voie à des observateurs plus habiles que moi, et que mon travail ajoutera quelque chose à l'histoire des composés mercuriels considérés comme modificateurs de l'organisme.

Les matériaux de l'histoire thérapeutique des sels gras ne tarderont pas à s'accumuler lorsque les médecins cliniciens seront convaincus de la facile absorption, dans les organes digestifs, des principaux oxydes

avec les acides oléique et stéarique, par M. J. Jeannel. (*Journal de Médecine de Bordeaux,* déc. 1858, p. 734.)

[2] V. Mémoire cité, sur le rôle des corps gras, etc.

et des alcaloïdes sous cette forme, la meilleure assurément pour ménager la susceptibilité de l'estomac, et lorsqu'il sera démontré que les corps gras médicamenteux métalliques ne sont guère plus irritants pour les membranes que les corps gras alimentaires.

Les expériences dont je vais rendre compte seront exposées sous les titres suivants :

1° Application de l'oléo-stéarate de mercure sur le derme dénudé;

2° Introduction de l'oléo-stéarate de mercure dans le tissu cellulaire sous-cutané et application sur les plaies;

3° Ingestion de l'oléo-stéarate de mercure dans l'estomac avec les aliments chez les chiens;

4° Injection dans l'intestin grêle des sels gras à base de mercure en dissolution huileuse émulsionnée;

5° Injection dans la jugulaire;

6° Ingestion, sous la forme pilulaire, dans l'estomac chez l'homme.

CHAPITRE I.

Application de l'oléo-stéarate de mercure sur le derme dénudé.

Exp. n° 1. — Petit chien; poids : 2,500 grammes. — L'épiderme est enlevé par l'application d'un marteau, chauffé dans l'eau bouillante, sur la peau rasée. La plaie est recouverte d'un plumasseau de charpie enduit de 3 grammes d'oléo-stéarate de mercure obtenu par la double décomposition.

Vingt-quatre heures après, la plaie paraît presque guérie; le pansement est renouvelé avec 3 grammes d'oléo-stéarate.

Quarante-huit heures après le premier pansement, la plaie est entièrement guérie.

L'animal n'a pas cessé d'être très-vif, il a mangé comme en pleine santé.

J'en conclus que l'oléo-stéarate de mercure ne cause aucune irritation sur le derme dénudé et qu'il n'y est pas absorbé en proportions notables.

CHAPITRE II.

Introduction de l'oléo-stéarate de mercure dans le tissu cellulaire sous-cutané et application sur les plaies.

Exp. n° 2. — Petit chien ; poids : 2,500 grammes. — Je fais dans la région cervicale postérieure une incision de 3 centimètres de longueur, intéressant toute l'épaisseur de la peau ; ensuite, je décolle le tissu cellulaire sous-cutané avec le manche du scalpel, de manière à produire sous la peau une espèce de sac pouvant admettre aisément l'extrémité du pouce. Dans la cavité ainsi formée, j'introduis 4 grammes d'oléo-stéarate de mercure, et je recouvre la plaie d'un plumasseau de charpie enduit de ce même sel gras. Le tout est maintenu par quelques tours de bande.

Vingt-quatre heures après, le chien n'a rien perdu de son activité et de son appétit, la plaie n'est pas enflammée ni douloureuse. Presque tout le sel mercuriel étant sorti de la cavité qui le contenait, une nouvelle dose de 2 grammes est introduite, et le pansement est renouvelé avec un plumasseau de charpie enduit d'oléo-stéarate de mercure. Il en a été employé 10 grammes pour les deux pansements.

Quarante-huit heures après la première application,

le chien continue de se bien porter; la plaie n'est pas enflammée, la suppuration est très-peu abondante. Le pansement avec la charpie imprégnée d'oléo-stéarate, a été continué jusqu'au cinquième jour; alors la plaie étant presque complétement cicatrisée, le pansement a été retiré, le chien n'ayant éprouvé aucun symptôme de maladie.

— J'ai souvent prescrit de panser de vieux ulcères, ou des ecthymas syphilitiques, au moyen d'une pommade contenant le tiers de son poids d'oléo-stéarate de mercure; non-seulement il n'en est résulté aucune irritation, mais la cicatrisation s'en est suivie, dans la plupart des cas, avec une rapidité remarquable. Mais je n'ai pas l'intention d'insister ici sur les effets thérapeutiques.

Je conclus seulement que l'oléo-stéarate de mercure introduit dans le tissu cellulaire ou appliqué sur les plaies ne produit aucune irritation.

CHAPITRE III.

Ingestion de l'oléo-stéarate de mercure avec les aliments chez les chiens.

Les jeunes chiens affamés avalent sans difficulté de fortes doses (4 ou 5 grammes) d'oléo-stéarate de mercure avec de la viande; ils rejettent ce poison par le vomissement, mais non pas aussitôt après l'avoir ingéré, ainsi qu'il arrive des poisons solubles dans l'eau, qui irritent violemment les membranes stomacales. J'ai observé qu'en général il s'écoule plus d'une demi-heure, quelquefois il s'écoule trois heures avant que l'animal se débarrasse, par le vomissement, du composé toxique.

Cette remarque est importante au point de vue des déductions thérapeutiques ; en effet, l'on comprend qu'une substance insoluble dans l'eau, ou dans les liquides organiques acides, doive être à peu près inerte dans l'estomac ; mais si cette même substance est soluble dans les corps gras et émulsible dans les liquides alcalins elle produira ses effets toxiques dès qu'elle passera dans l'intestin ; c'est alors qu'elle commencera à être absorbée, et c'est alors seulement que des vomissements ou d'autres symptômes d'empoisonnement pourront se manifester.

CHAPITRE IV

Injection dans l'intestin grêle des sels gras à base de mercure en dissolution dans l'huile émulsionnée.

Exp. n° 3. — Jeune chien ; poids : 2 kilogrammes. — Une anse d'intestin grêle ayant été mise à découvert par une incision à droite de l'ombilic, j'injecte dans l'intestin, au moyen d'un trocart fin, le mélange suivant émulsionné par l'agitation :

Oléo-stéarate de mercure..........	5 décigr.
(Représentant 11 centigram. d'oxyde.)	
Huile d'olive....................	10 gram.
Eau distillée....................	100 »
Carbonate de soude..............	2 décigr.

Après l'opération, la plaie de l'intestin et la plaie abdominale sont fermées par des sutures.

L'animal reste couché et refuse les aliments pendant trois heures. Point de vomissements ; deux selles demi-liquides pendant la nuit.

Le lendemain, je le trouve très-vif et mangeant avec appétit.

Exp. n° 4. — Petit chien adulte, très-vif; poids : 3 kilogrammes. — 14 octobre 1858. — Injection dans l'intestin grêle du mélange suivant :

Stéarate de protoxyde de mercure...	2 gram.
(Préparé directement; représentant 57 centigr. de protoxyde de mercure.)	
Huile d'arachides..................	20 »
Eau distillée......................	80 »
Carbonate de soude desséché.......	2 décigr.

Le stéarate de mercure a été trituré avec l'huile dans un mortier chauffé; mais la dissolution n'était pas complète, une partie du sel gras était en suspension.

Peu après l'injection, efforts de vomissements, puis vomissements d'aliments non digérés et de mucosités filantes; selle liquide jaune; tremblements, efforts de vomissements continuels, écume à la gueule.

Demi-heure après l'injection, selle liquide jaune, dans laquelle il est facile de reconnaître de l'émulsion colorée par les matières bilieuses; abdomen fortement rétracté.

Une heure et demie après l'injection, l'animal est debout, immobile, la tête basse; les efforts de vomissements reparaissent par intervalles.

Le 15 octobre, deuxième jour. — L'animal a mangé un peu de soupe; il a bu plusieurs fois; il est assez vif, mais il vomit de temps en temps, et il rend des selles liquides.

Le 16 octobre, troisième jour. — L'animal a mangé un peu de soupe au lait; il continue de vomir les aliments peu de temps après les avoir pris; il s'attriste et est amaigri.

Le 17, quatrième jour. — Même état.

Le 18, cinquième jour. — Efforts de vomissements répétés, amaigrissement rapide; quelques selles liquides; refus d'aliments; conjonctivite purulente sans ulcération; salivation abondante, stomatite; la muqueuse gingivale et buccale est rouge, violacée et injectée.

Le 19, sixième jour. — Aggravation des symptômes; l'animal tremble de tous ses membres; la marche est lente et difficile; les paupières sont agglutinées par le muco-pus que sécrètent les conjonctives en grande abondance; la salivation continue.

Le 20, septième jour. — Il boit un peu de lait; même état;

Le 21, huitième jour. — Il a refusé les aliments et les boissons; il tremble continuellement et peut à peine marcher; les efforts de vomissements reparaissent par intervalles; il y a des selles liquides; même état du côté des muqueuses oculaire et buccale.

Le 22, neuvième jour. — Mêmes symptômes; il paraît arrivé au dernier degré du marasme.

Le 23, dixième jour. — Il continue de refuser les aliments et les boissons; il reste couché et tremble de temps en temps.

Le 24, onzième jour. — Il est trouvé mort le matin.

Nécropsie. — La plaie abdominale est presque réunie; les sutures sont tombées.

Les replis palpébraux sont remplis de muco-pus.

Les gencives sont gonflées et d'un rouge violacé; il y a quelques petites ulcérations à bords rouges boursoufflées, de 2 ou 3 millimètres de diamètre, sur le repli gingival.

La muqueuse buccale est rouge.

L'estomac est plein de gaz; la muqueuse gastrique est pâle, d'un gris blanc.

L'intestin grêle est épaissi, très-tomenteux à sa face interne; il n'est rouge ni à l'extérieur ni à l'intérieur; il est tapissé de mucosités rougeâtres, qui deviennent décidément sanguinolentes vers la fin de l'iléon.

Le gros intestin est tapissé de mucosités sanguinolentes dans toute son étendue.

Le foie paraît sain.

La vésicule biliaire est distendue par de la bile de couleur normale.

Les reins sont excessivement rouges et injectés de sang.

Le cœur est flasque; les cavités droites sont remplies de sang très-fluide; les cavités gauches sont vides; pas de coloration anormale de l'endocarde.

Les poumons, d'un rouge vif, sont crépitants dans toute leur étendue.

Le cerveau et la moelle épinière n'ont pas été examinés.

Exp. n° 5. — Chien vigoureux, adulte; poids : 9 kilogrammes. — 26 octobre. — Injection dans l'intestin grêle du mélange suivant :

Oléo-stéarate de mercure.......... (Par double décomposition; représentant 1 gram. d'oxyde de mercure.)	5 gram.
Huile d'arachides.................	50 »
Eau distillée.....................	75 »
Carbonate de soude desséché	3 décigr.

Dissolution imparfaite de l'oléo-stéarate de mercure dans l'huile au bain-marie.

Vomissement immédiat d'aliments en partie digérés; dix minutes après, vomissement d'une petite quantité d'émulsion; les vomissements ou les violents efforts sans résultat sont très-fréquents; selles liquides entraînant une notable quantité d'émulsion.

27, deuxième jour. — Quelques efforts de vomissements de temps en temps; il refuse les aliments et les boissons; il semble amaigri; il marche avec assez d'activité et ne paraît pas très-malade.

28, troisième jour. — La diarrhée continue; les matières sont très-abondantes et très-liquides; pas d'efforts de vomissements; refus des aliments; il a bu un peu d'eau.

Il continue d'aller et de venir, mais il est triste et amaigri.

Les conjonctives sécrètent du pus, mais ne sont ni rouges ni ulcérées.

Salivation très-abondante; ulcérations arrondies, larges de 4 à 5 millimètres, presque confluentes, grises, à bords rouges et boursoufflés tout le long du repli gingivo-labial supérieur.

29, quatrième jour. — Refus des aliments et des boissons; amaigrissement très-prononcé; frissons ou tremblements continuels; l'animal est toujours debout et marche lentement.

Les yeux sécrètent une quantité de pus considérable; les paupières sont aglutinées.

Salivation très-abondante; ulcérations nombreuses et profondes sur les gencives et sur les lèvres, surtout en haut.

30, cinquième jour. — Il est trouvé mort le matin.

Nécropsie. — Amaigrissement extraordinaire. La plaie abdominale est réunie.

Les conjonctives ne sont ni rouges ni ulcérées, quoique les yeux soient remplis de muco-pus.

Le repli gingivo-labial supérieur est tapissé d'un chapelet d'ulcérations ovales, de 5 à 10 millimètres de diamètre, dont la surface est couverte d'une fausse membrane jaunâtre qui s'enlève aisément et laisse à découvert une surface grise. Les bords de ces ulcères sont rouges et boursoufflés, ce qui leur donne une ressemblance frappante avec des chancres syphilitiques. Il existe des ulcérations semblables d'un moindre diamètre, et en plus petit nombre sur le repli gingivo-labial inférieur. La muqueuse des joues et du pharynx est d'un rouge violacé livide. Un petit caillot de sang est engagé dans la glotte.

L'œsophage est sain.

L'estomac est vide; la muqueuse présente de larges plis aréolaires; elle est d'un blanc grisâtre à peu près uniforme et ne paraît pas ramollie; vers le pylore, elle est tapissée de mucosités sanguinolentes; sur le bord de l'orifice pylorique, il existe quatre petites ulcérations arrondies, de 2 millimètres de diamètre, superficielles, à bords nets non boursoufflés, dont la surface est recouverte d'un enduit pultacé noir.

La surface extérieure de la masse intestinale est rougeâtre; on y remarque de nombreuses arborisations rouges. Les circonvolutions adhèrent légèrement entre elles et avec l'épiploon. La membrane interne est d'un rose livide, épaisse, tomenteuse, ramollie, couverte de mucosités sanguinolentes; la fin de l'iléon et le gros

intestin contiennent beaucoup de sang coagulé noirâtre.

Le foie n'offre rien de remarquable, si ce n'est que la vésicule est distendue par la bile.

Les poumons sont parfaitement sains; le cœur semble à l'état normal; les cavités gauches et droites sont pleines de sang coagulé; il en est de même des gros vaisseaux.

Exp. n° 6. — Chien vieux, de très-forte race. — 26 janvier. — Injection dans l'intestin grêle du mélange suivant :

Oléo-stéarate de mercure.......... (Par double décomposition; représentant 6 décigr. d'oxyde de mercure)	5 gram.
Huile d'arachides.................	50 »
Eau distillée.....................	100 »
Carbonate de soude..............	5 décigr.

Vomissements réitérés qui commencent dix minutes après l'injection. Il boit dans la soirée 1 litre et demi d'eau et refuse les aliments. Selles abondantes.

27, deuxième jour. — Vomissements nombreux et selles liquides.

Il est assez vif et reste debout; il boit avec avidité 1 demi-litre de lait et 1 litre et demi d'eau.

28, troisième jour. — Pas de vomissements; selle demi-liquide; il boit abondamment et mange de la soupe.

29, quatrième jour. — Il est rétabli.

Exp. n° 7. — Jeune chien très-vigoureux; poids : 13 kilogrammes. — 31 janvier. — A la suite d'une injection pareille à celle de l'expérience précédente, il y a eu des vomissements réitérés et des selles abondantes pendant vingt-quatre heures.

Le troisième jour, l'animal était rétabli.

Je crois pouvoir conclure de ces observations :

1° Que l'action primitive de l'oléo-stéarate de mercure est essentiellement vomitive et purgative ;

2° Que les chiens de forte taille n'éprouvent qu'une action vomi-purgative à la suite de l'injection d'une dose de 3 grammes de ce sel, représentant 6 décigrammes d'oxyde de mercure ;

3° Qu'une dose de 5 à 6 décigrammes de ce sel, représentant 10 à 12 centigrammes d'oxyde de mercure, ne cause aucune irritation, aucun symptôme appréciable, même chez les chiens de très-petite taille ;

4° Qu'une dose de 2 à 5 grammes chez les animaux de taille médiocre, détermine, outre des effets vomitifs et purgatifs d'une extrême violence, des symptômes qu'on peut considérer comme ceux de l'intoxication mercurielle aiguë.

CHAPITRE V.

Injection de l'oléate de mercure dans la jugulaire.

Pour arriver à injecter dans la jugulaire à l'état de solution huileuse émulsionnée 5 gram. d'oléo-stéarate de mercure, obtenu par double décomposition, il ne faudrait pas moins de 100 grammes d'huile, ce qui exigerait 1,000 grammes d'eau distillée pour que l'émulsion ne fût pas trop visqueuse. Le stéarate obtenu directement est encore beaucoup moins soluble dans l'huile que l'oléo-stéarate. Ces difficultés m'ont engagé à employer pour l'injection dans les vaisseaux l'oléate de mercure, qui est soluble dans l'huile en fortes proportions. J'ai préparé l'oléate de mercure par le procédé suivant :

Acide oléique brut................	90	gram.
Oxyde rouge de mercure pulvérisé...	10	»
Eau distillée tiède................	100	»

Agitez fréquemment. La dissolution complète de l'oxyde dans l'acide gras a lieu au bout d'une heure; le lendemain, l'oléate (avec excès d'acide) est réuni en une masse jaune translucide, et il est facile de séparer l'eau par décantation.

L'émulsion destinée à l'injection a été préparée de la manière suivante :

Oléate de mercure................ (Représentant 6 décigr. d'oxyde de mercure.)	6	gram.
Huile d'amandes.................	12	»
Eau distillée tiède................	180	»
Carbonate de soude desséché.......	5	décigr.

Agitez. Cette émulsion a une odeur prononcée de suif, une saveur douce nullement métallique. L'arrière-goût, un peu âcre, trahit à peine la présence d'un agent aussi redoutable que l'oxyde de mercure.

Exp. n° 8. — Chien de très-forte race, à jeûn. — Injection dans la jugulaire de 40 grammes de l'émulsion formulée ci-dessus et représentant 12 centigram. d'oxyde de mercure.

L'animal a mangé aussitôt après cette injection, et sa santé n'en a pas été troublée.

Dans les expériences de Gaspard, citées par Orfila, l'injection du bi-chlorure, à la dose de 7 à 15 milligrammes, a toujours été suivie de mort dans un temps variable de cinq minutes à quatre jours. Il est vrai que dans ces observations, il n'est pas question du volume des animaux.

Cependant, je crois pouvoir conclure que le mercure sous la forme de sel gras émulsionné, quoique soluble dans le sang, ou du moins intimement miscible et assimilable, est beaucoup moins vénéneux sous la forme de bi-chlorure.

Exp. n° 9. — Jeune chien très-vigoureux : poids : 14 kilogrammes. — Injection dans la jugulaire, et dans l'espace de cinq minutes, de la totalité de l'émulsion formulée ci-dessus et représentant 6 décigram. d'oxyde de mercure.

Lorsque la moitié environ du liquide émulsif a eu pénétré, il s'est produit de violentes contractions des muscles abdominaux et du diaphragme. L'injection à peine terminée, l'animal a poussé un long cri et il est mort subitement.

La mort ne saurait être attribuée à l'asphyxie, car les muqueuses des gencives et des lèvres ainsi que la langue étaient complétement décolorées; elles deviennent au contraire d'un violet foncé lorsqu'une émulsion trop visqueuse, injectée brusquement, détermine la mort en mettant obstacle au cours du sang dans le poumon.

Cette expérience prouve seulement que la dose de 6 décigrammes d'oxyde de mercure à l'état de sel gras est trop forte pour être supportée.

Exp. n° 10. — Chien de très-forte race, à jeûn. — Injection dans la jugulaire, et dans l'espace de six minutes, de 135 grammes de l'émulsion formulée ci-dessus et représentant 4 décigr. d'oxyde de mercure.

Avant la fin de l'injection, je remarque des contractions violentes des muscles abdominaux et du dia-

phragme; des matières fécales solides sont expulsées. Aussitôt que l'animal est délié, je constate les faits suivants :

La respiration est très-accélérée, les efforts de vomissements et de défécation sont excessifs et se succèdent sans aucune interruption.

Dix minutes après l'injection, les matières fécales demi-liquides, sont mêlées de caillots de sang, puis du sang pur s'écoule de l'anus goutte à goutte. En même temps, une grande quantité de salive, ou peut-être de liquide, amené incessamment de l'estomac à la gueule par les efforts des vomissements, commence à s'écouler des commissures labiales.

L'agitation est extrême; la marche est incertaine; le train de derrière paraît affaibli.

Au bout de trente minutes, les contractions convulsives continuelles du diaphragme et des muscles abdominaux rendent la respiration difficile. La marche devient de plus en plus vague et titubante. Bientôt l'animal fléchit et ne peut se relever; la respiration s'embarrasse et se ralentit, et il expire quarante-cinq minutes après l'injection.

J'ai recueilli dans une capsule de porcelaine, pour l'examiner, 150 grammes de liquide visqueux, rosé et presque transparent, qui s'est écoulé de la gueule depuis le commencement de l'empoisonnement jusqu'à la mort.

Nécropsie. — Immédiatement après la mort, les muqueuses buccales et gutturales sont d'un blanc nacré; la langue est un peu violacée.

Surface extérieure du tube digestif rougeâtre; l'estomac mou et contenant une certaine quantité de li-

quide; duodénum mou et de volume ordinaire; le reste de l'intestin grêle, excessivement contracté, a la consistance d'une corde; le gros intestin est lui-même contracté et très-résistant.

L'estomac contient 200 grammes d'un liquide visqueux, grumeleux, trouble et rougeâtre, qui a été recueilli. La face interne de cet organe est d'un blanc pâle dans les environs de l'orifice pylorique; partout ailleurs, elle est d'un rouge clair et un peu injectée.

La surface interne du duodénum est tapissée de mucosités colorées par de la bile.

Le calibre du jéjunum et de l'iléon est complétement effacé par suite de la contraction des parois. Les surfaces internes en contact immédiat ne présentent aucune trace ni de mucosité ni de matière chymeuse. La membrane interne, d'un rouge livide, est nette comme si elle avait été lavée et essuyée avec soin.

Le cœcum, fortement contracté et très-consistant, renferme une petite quantité de matière fécale, jaune et sanguinolente. La totalité du gros intestin présente à l'intérieur un réseau de rides épaisses dessinant des aréoles irrégulières qui sont pleines de sang noir en petits caillots très-solides.

La vessie, contractée et dure, contient environ 50 grammes d'urine, qui ont été recueillis.

Les reins sont d'un rouge violet, presque noir à l'extérieur et à l'intérieur.

Le foie n'offre rien de remarquable.

La surface extérieure des poumons est d'une nuance jaunâtre un peu marbrée de taches lilas clair. Ils sont crépitants dans toute leur étendue.

Toutes les cavités du cœur sont remplies de sang

noir à peine coagulé. Il en est de même des gros vaisseaux.

L'appareil cérébro-spinal n'a pu être examiné.

Analyse chimique des liquides sécrétés. — Le liquide écoulé par la gueule, bouilli pendant quelques minutes avec 10 grammes d'eau régale, et filtré, a laissé sur le filtre un précipité abondant jaune. Une lame d'or de 5 centimètres carrés de surface, enroulée sur une lame d'étain, est devenue blanche après une heure d'immersion dans 10 grammes de ce liquide filtré. Cette lame d'or, chauffée dans un petit tube, a repris sa couleur primitive en donnant un petit anneau gris de mercure métallique.

Une autre portion, traitée par le chlorure stanneux, a donné un précipité gris de mercure métallique.

Le liquide trouvé dans l'estomac, traité de même, a donné les mêmes résultats.

L'urine n'a donné aucune trace de composé mercuriel.

L'ensemble de cette observation me semble démontrer :

1° Que le mercure, indépendamment de toute irritation résultant de l'application locale, exerce avant tout une action éméto-cathartique très-énergique, accompagnée de l'hémorrhagie de toute la surface interne du gros intestin. On se souvient que cette hémorrhagie a été notée dans les deux observations d'empoisonnement par injections dans l'intestin grêle, rapportées ci-dessus sous les nos 4 et 5.

Du reste, la rougeur ou l'inflammation du gros intestin et les selles sanguinolentes sont mentionnées par Orfila [1] et par plusieurs des expérimentateurs ci-

[1] V. *Traité des poisons*, 1827, t. I, p. 261.

tés par lui, notamment par Smith [1] et par Gaspard [2].

Devergie parle des vomissements et des évacuations alvines sanguinolentes, comme se montrant beaucoup plus fréquemment dans l'empoisonnement par le bichlorure que dans tout autre empoisonnement par les substances métalliques [3].

2° Que la mort est précédée d'un affaiblissement ou d'un commencement de paralysie des membres postérieurs.

Ce symptôme a été mentionné par Devergie [4].

3° Que l'élimination immédiate du mercure peut se faire probablement par la salive et certainement par les liquides gastriques.

C'est là un phénomène très-remarquable et dont la preuve n'avait pas encore été donnée.

4° Enfin, que sous la forme de sel gras émulsionné, il est possible d'introduire dans le système vasculaire, sans produire immédiatement la mort, une quantité de mercure six ou huit fois plus forte que sous la forme de sel soluble dans l'eau.

CHAPITRE VI.

Du stéarate de mercure sous la forme pilulaire dans l'estomac chez l'homme en santé.

J'ai préparé des pilules selon la formule suivante :

Stéarate de protoxyde de mercure....	1 gram.
Axonge..........................	2 »
Rac. de réglisse pulv., q. s.	
F. S. A.........................	50 pilules.

[1] V. *Dissert. sur l'usage et l'abus des caustiques;* Paris, 1815.
[2] V. *Journal de Physiologie expérimentale,* t. I, 1821.
[3] V. Devergie; *Méd. légale,* 1840, t. III, p. 389.
[4] *Loco citato.*

Chaque pilule représente 1 centigramme de protoxyde de mercure.

Exp. n° 11. — Le 18 janvier 1859, un homme de quarante-cinq ans, d'une bonne constitution, a pris, à sept heures du matin, deux de ces pilules; il a pris ensuite une tasse de chocolat. L'effet a été négatif.

Le 19, il a pris de la même manière trois pilules. L'effet a été négatif.

Le 20, il a pris quatre pilules. Ayant déjeûné comme d'ordinaire à dix heures et demie, il commence à éprouver vers midi de légères coliques accompagnées de borborygmes.

A une heure après midi, selle demi-liquide, très-copieuse, avec sentiment de chaleur à l'anus. (Il y avait eu le matin une selle naturelle à l'heure accoutumée.) Les coliques se dissipent aussitôt. Il n'y a pas eu de fatigue musculaire; l'appétit est resté très-bon.

Le 21, le sommeil a été tranquille. Le matin, les gencives sont gonflées, rouges, avec sensation de chaleur et de tension, surtout à la mâchoire supérieure; point de salivation.

Ces symptômes obligent à suspendre l'administration des pilules; ils se dissipent d'eux-mêmes les jours suivants.

— J'ai constaté plusieurs fois chez des malades, que l'oléo-stéarate de mercure à la dose de deux ou trois centigrammes par jour, ne produit aucun effet irritant, point de crampes d'estomac, ni de coliques, ni de diarrhée, mais qu'il produit fort bien les effets spécifiques des préparations mercurielles.

Je conclus de ces observations que l'oléo-stéarate de

mercure à une dose assez élevée pour déterminer rapidement le gonflement des gencives ou pour produire les effets spécifiques des mercuriaux, ne provoque que des phénomènes locaux à peine appréciables.

CONCLUSIONS DE LA DEUXIÈME PARTIE.

1° L'oléo-stéarate de mercure ne cause aucune irritation sur le derme dénudé ; il n'y est pas absorbé en proportions notables.

2° L'oléo-stéarate de mercure, introduit dans le tissu cellulaire ou appliqué sur les plaies, ne produit aucune irritation.

3° L'action primitive de l'oléo-stéarate de mercure est essentiellement vomitive et purgative.

4° Les chiens de grande taille n'éprouvent qu'une action vomi-purgative à la suite de l'injection dans l'intestin grêle d'une dose de trois grammes de ce sel, représentant six décigrammes d'oxyde de mercure.

5° Une dose de cinq à six décigrammes, représentant dix à douze centigrammes d'oxyde de mercure, ne cause aucune irritation, aucun symptôme bien appréciable chez les chiens de très-petite taille.

6° Une dose de deux à cinq grammes chez les chiens de taille médiocre, détermine, outre des effets vomitifs et purgatifs d'une extrême violence, des symptômes qu'on peut considérer comme ceux de l'intoxication mercurielle aiguë.

7° L'injection de sels gras à la base de mercure dans la jugulaire, prouve que le mercure, indépendamment de toute irritation résultant de l'application locale, exerce avant tout une action éméto-cathartique très-

énergique, accompagnée de l'hémorrhagie de toute la surface interne du gros intestin.

8° La mort est précédée d'un affaiblissement ou d'un commencement de paralysie des membres postérieurs.

9° L'élimination immédiate du mercure, injecté dans les vaisseaux à l'état de sel gras, se fait probablement par la salive, et certainement par les liquides gastriques.

10° Sous la forme de sel gras émulsionné, il est possible d'introduire dans le système vasculaire sanguin, sans produire immédiatement la mort, une quantité de mercure six à huit fois plus forte que sous la forme de sel soluble dans l'eau.

11° Les sels gras à base de mercure, administrés chez l'homme à doses assez élevées pour déterminer rapidement le gonflement des gencives ou pour produire les effets spécifiques des mercuriaux dans le traitement de la syphilis, ne provoquent que des phénomènes locaux à peine appréciables.

TUMEUR VOLUMINEUSE DE LA MOITIÉ GAUCHE DE LA FACE

Resection du maxillaire supérieur; trépanation de la base du crâne;

par M. le Dr DENUCÉ, professeur-adjoint de clinique chirurgicale à l'École de Médecine de Bordeaux.

Dans la pratique de la chirurgie, les revers comme les succès portent leur enseignement. Il semble donc utile et juste en même temps de publier les uns et les autres; la connaissance des circonstances qui ont pu amener les premiers est au moins aussi instructive que

le détail de celles qui ont produit les seconds. A ce titre, l'observation suivante peut offrir quelque intérêt.

Joseph Ceclo, espagnol, âgé de quarante ans, entre dans mon service, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 20 janvier 1859. Cet homme, qui paraît doué d'une excellente constitution, et qui a joui pendant longtemps d'une très-bonne santé, a vu se développer progressivement, sur le côté gauche de la face, une tumeur devenue énorme aujourd'hui. Cette tumeur date de quatre ans environ; très-petite au début, elle occupait exclusivement la région malaire. Après une année de développement, lorsqu'elle était grosse comme une petite noix, elle fut extirpée par un chirurgien espagnol, qui n'attaqua que les parties molles : les os ne furent ni ruginés ni mis à nu suivant le récit du malade. Pendant le travail même de cicatrisation qui suivit l'opération, la maladie reparut, et une tumeur nouvelle se forma un peu au-dessous de la paupière. Quelque temps stationnaire, cette nouvelle tumeur affecta pendant trois ans une marche très-lente. Ce n'est que dans le courant de l'été dernier, vers le mois de juillet, qu'elle prit tout à coup un accroissement rapide, qui l'a conduite au point où elle se trouve lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

A cette époque, on constate que la tumeur présente environ le volume de deux poings. Elle fait une forte saillie à la partie externe et supérieure de la joue, et donne un aspect hideux à la figure du malade. Elle est bilobée; le lobe supérieur est moins développé que l'inférieur; ses divers diamètres varient de quinze à dix-sept centimètres. Elle a pour limites, supérieurement, la pau-

pière inférieure, qui se trouve repoussée en haut et en avant, de telle façon que l'œil est complétement obturé; en bas, le pli naso-labial; en dedans, le côté du nez, qui est fortement déjeté; en dehors, une légère ligne qui passerait à deux centimètres en avant de l'oreille. Sa coloration est violacée; la peau qui la recouvre est très-vasculaire; les veines superficielles sont très-développées. Sur le milieu de la tumeur, on aperçoit une cicatrice cruciale, qui est la trace de l'opération pratiquée par le médecin espagnol. La peau, du reste, quoique fort amincie en certains points, a conservé toute sa mobilité sur les parties sous-jacentes constituées par les lobes de la tumeur. Sa consistance, très-molle en certains points, ne donne pas cependant la sensation de fluctuation. En d'autres points, elle présente une dureté osseuse, ou du moins cartilagineuse. Lorsque l'on fait ouvrir la bouche au malade, on remarque que la tumeur commence à faire irruption vers cette cavité. Elle occupe, en effet, le sillon qui sépare l'arcade alvéolaire de la joue. Là, elle est ulcérée, et offre à sa surface une apparence de détritus gangréneux. Les dents de ce côté sont branlantes, et la voûte palatine semble elle-même amincie à leur voisinage.

Quant aux organes voisins, l'œil est un peu soulevé, repoussé en avant en haut et en dedans. Les paupières se trouvent habituellement réunies. Ce n'est qu'en les écartant de vive force que l'on peut constater la conservation de la fonction visuelle. D'autre part, le nez est dévié vers la droite; la narine gauche est depuis peu de temps obstruée; l'oreille et l'ouïe sont intactes.

Autour de la tumeur, les ganglions n'offrent aucun engorgement. Il n'existe d'ailleurs des phénomènes généraux d'aucune espèce.

L'opération est décidée et pratiquée le 25 janvier.

Une première incision est menée de la partie supérieure et externe de la tumeur à la commissure labiale du même côté, passant en arrière de la cicatrice laissée par la première opération. Une seconde incision, formant une ellipse avec la première, circonscrit tout ce tissu cicatriciel, qui reste attaché à la tumeur. La peau est disséquée avec soin en avant et en arrière de cette double incision; son amincissement considérable rend la dissection difficile; sa vascularité, très-grande, gêne également l'opération, en nécessitant dès le début l'emploi de beaucoup de ligatures, et, en outre, fait perdre une notable quantité de sang au malade. Néanmoins, à mesure que cette dissection avance, la peau revient sur elle-même, prend plus d'épaisseur, ce qui permet d'espérer qu'elle échappera à la gangrène que son amincissement extrême pouvait faire craindre.

La tumeur, ainsi mise à nu, est lobulée, molle, très-friable et très-sanguine, comme le démontrent quelques éraillures de son tissu produites involontairement pendant la dissection de la peau. Elle se confond intimement avec les os de la face, du milieu desquels il s'agit de l'extraire.

Une première section faite avec la cisaille de Liston divise l'apophyse zygomatique qui limitait la tumeur en haut et en arrière. Une seconde section faite avec le même instrument porte sur l'apophyse orbitaire externe, et divise la paroi externe de l'orbite jusqu'à l'extrémité de la fente sphéno-maxillaire. Une troisième section est

pratiquée sur l'apophyse montante de l'os maxillaire, atteignant en arrière les lames minces de l'unguis et de l'os planum. Enfin, après une division préalable des parties molles de la voûte du palais, sur la ligne médiane, et transversalement en arrière au-dessus du voile du palais, une quatrième section, faite encore avec la cisaille, partage la voûte palatine dans toute sa longueur. Toute la portion des os de la face constituée par le maxillaire supérieur et l'os malaire, se trouve ainsi isolée, sauf en arrière, où elle tient encore à l'apophyse ptérygoïde par l'intermédiaire du petit os palatin. Un léger mouvement de bascule, imprimé à la partie supérieure de la masse ainsi circonscrite, amène la rupture de cette dernière adhérence, et l'ensemble de la tumeur, devenue ainsi libre, peut être détaché complétement à l'aide de quelques coups de ciseaux qui achèvent la séparation des parties molles.

A la place de la tumeur et des os enlevés, reste une vaste cavité dans le fond, et au pourtour de laquelle on retrouve quelques irradiations de la tumeur principale. Le point de l'apophyse orbitaire externe sur lequel a porté la section est évidemment ramolli ; la section est reportée un peu plus haut. L'apophyse ptérygoïde offre également des traces de l'affection qui nécessitent son ablation totale. Ce n'est pas tout. A notre grand désespoir, nous constatons alors que la portion de la grande aile du sphénoïde, qui est située en dehors de la base de l'apophyse ptérygoïde, et qui fait partie de la base du crâne, se trouve elle-même atteinte dans une étendue nettement limitée d'un centimètre carré environ. Une quadruple section, faite avec la scie de Martin, cir-

conscrit cette portion osseuse, et permet de l'enlever. Le tissu de la tumeur, infiltré dans son épaisseur, avait atteint sa face interne, et amené vers son milieu une adhérence avec un point très-étroit de la dure-mère. Par l'ablation de cette portion d'os, celle-ci se trouve donc ouverte dans une petite étendue. On aperçoit par conséquent dans le fond de la plaie : 1° la dure-mère, qui a subi une petite perte de substance; 2° à travers cet orifice, le cerveau lui même, battant régulièrement comme une artère. Comme les bords de l'orifice de la dure-mère présentaient encore quelques détritus de tissu morbide, ceux-ci ont dû être enlevés avec précaution.

Le pansement consiste dans la réunion par la suture entortillée des deux portions de peau de la joue qui ont été disséquées au commencement de l'opération. Quelques bourdonnets de charpie, introduits par la bouche, servent de soutien à la peau ainsi réunie. Un gâteau de charpie, imbibé d'eau fraiche, est appliqué sur la suture, et le tout maintenu par un monocle lâche.

Le malade, qui a fait preuve du plus héroïque courage pendant cette longue et cruelle opération, est reporté dans son lit. A ce moment, il éprouve deux syncopes qui ne sont pas de longue durée, et qui trouvent leur explication naturelle dans une perte de sang assez abondante pendant l'opération. (Vin sucré; bouillon; potion à la teinture d'arnica.)

Dans la matinée, rien d'extraordinaire; le soir, à trois heures, un peu de réaction. La peau est moite; le pouls plein, fréquent. A la nuit, le pouls baisse un peu; il survient un peu de somnolence, qui, le lendemain à la visite, a dégénéré en un véritable coma. Le

pouls est très-petit, très-fréquent (130). Le malade est affaissé; cependant, il entend encore les questions qu'on lui adresse. La vue du côté malade est à peu près perdue, ou du moins l'œil est bien moins facilement impressionné que celui du côté opposé. (Potion avec l'acétate d'ammoniaque; vésicatoire à la nuque.) Dans la journée, agitation, tentatives réitérées pour sortir du lit, séparées par des périodes comateuses, et le malade meurt le 27, à neuf heures.

La dissection de la tumeur a montré que sa texture était tout à fait celle de l'encéphaloïde très-vasculaire : une de ces formes de cancer que l'on a souvent désignées sous le nom de fongus hématode. Au milieu du tissu mou qui la composait, on rencontrait quelques détritus osseux, ramollis eux-mêmes en quelques points, et de consistance cartilagineuse. Ce sont les seules traces qui restent des os maxillaire supérieur et malaire. L'examen microscopique a démontré que la nature de l'affection était réellement cancéreuse; toutefois, on rencontrait très-peu de cellules, et en revanche une grande quantité de noyaux et beaucoup d'éléments vasculaires.

A l'autopsie du malade, on trouve une infiltration purulente entre la dure-mère et le cerveau, dans la majeure partie du côté droit du crâne. Au niveau de la trépanation, la substance cérébrale est un peu ramollie et très-injectée. Le tissu morbide ne peut être retrouvé au-delà du point où la dure-mère avait été excisée. Le malade a donc succombé par le fait d'une méningo-encéphalite aiguë et suppurée.

Les réflexions que cette observation comporte me

paraissent pouvoir être ramenées aux deux questions suivantes : 1° L'opération, dans ce cas, était-elle indiquée? 2° L'opération commencée, et le tissu morbide atteignant les os de la base du crâne, quelle était la conduite à tenir?

1° *L'opération était-elle indiquée?*

La tumeur était très-volumineuse; mais il faut bien noter qu'il n'existait du côté des organes encéphaliques aucun symptôme permettant de soupçonner que le mal pénétrât jusque dans la cavité crânienne. Or, ce fait ne pouvant pas être prévu, l'affection de ce malade rentrait dans le domaine ordinaire des tumeurs émanées du maxillaire supérieur, que la chirurgie de nos jours ne craint pas d'attaquer et attaque le plus souvent avec bonheur. Notons que, dans le cas actuel, la peau, bien qu'amincie, avait conservé sa mobilité dans toute son étendue; que les ganglions circonvoisins n'étaient pas envahis; qu'il n'y avait pas d'apparence diathésique extrêmement marquée; que par conséquent, on ne pouvait avoir aucune raison de supposer que la marche de la tumeur fût aussi avancée vers les os des parties profondes. Notons, d'autre part, que le malade était horriblement défiguré; qu'il demandait l'opération à tout prix; l'indication de l'opération me paraît suffisamment ressortir de ces deux ordres de considérations. Tel a été mon avis; tel a été celui de l'un des chirurgiens de l'hôpital, qui a bien voulu m'appuyer de ses conseils dans cette circonstance.

2° *L'opération commencée, et le tissu morbide atteignant les os de la base du crâne, quelle était la conduite à tenir?*

Il n'y avait évidemment que deux partis à prendre : ou abandonner l'opération inachevée, et laisser le malade voué à une mort inévitable et prochaine ; ou tenter, par un dernier effort, de poursuivre le mal dans ses dernières racines.

Or, si l'on songe que l'affection, dans les limites où elle envahissait les os de la base du crâne, était extrêmement bornée ; qu'en enlevant une très-petite portion d'os, on avait grande chance d'enlever tout le mal ; que l'ouverture du crâne et de la dure-mère n'est point une chose mortelle en soi, ainsi que le démontrent beaucoup de traumatismes et l'opération du trépan, on comprendra qu'entre ces deux déterminations, j'aie choisi la seconde.

« Ce sont-là, comme le disait un de mes anciens camarades en terminant une thèse remarquable à bien des titres à propos d'opérations d'un autre genre [1],
» des circonstances graves dans lesquelles le chirur-
» gien, n'ayant plus pour s'éclairer ni les préceptes de
» l'art ni les conseils des maîtres, se trouve en face
» de la conscience, qui devient son seul guide. »

Je dirai plus, son seul guide et son seul juge.

BIBLIOGRAPHIE.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS DE BORDEAUX.

Les chefs de service de l'hospice des Enfants-Trouvés de Bordeaux publient le compte rendu médical et chirurgical de cet établissement. Nous y trouvons quelques renseignements qui nous paraissent dignes d'être mentionnés.

[1] Foucher; *de l'anus contre nature,* page 183.

Ainsi, quant aux enfants de la Crèche, le médecin, M. Le Barillier, relève, avec l'autorité des faits, les graves inconvénients qui résultent des difficultés pour l'admission des enfants, et qui se traduisent par une mortalité plus grande. Deux ou trois jours de retard laissent les enfants le plus souvent privés des soins maternels, peu ou même pas allaités, promenés dans la ville à peine vêtus; de là, le sclérème, maladie qui, à un certain degré, est presque toujours mortelle. Aussi est-ce en hiver, décembre et janvier, que l'on constate ces tristes résultats. — Ces faits plaident contre la suppression du Tour.

Les meilleures dispositions de la Crèche ont fait diminuer en 1858 les cas de muguet et fait disparaître ces épidémies d'entéro-colite qui enlevaient un si grand nombre d'enfants. Les ophthalmies ont aussi presque complétement disparu.

Une épidémie de rougeole, dont le germe a été importé par un enfant venant de l'hôpital Saint-André, a atteint 81 enfants, sur lesquels 3 ont succombé, l'un par suppression d'exanthème, les deux autres à la suite de pneumonie morbilleuse. — C'est à l'assainissement des salles d'infirmerie que M. Le Barillier attribue la mortalité moindre de cette affection, pour cette année. En effet, dans l'épidémie de 1856, sur 114 cas de rougeole, on compta 12 morts.

Pour les malades traités dans les infirmeries, on a constaté que, sur 398, 32 ont succombé, et, dans ce nombre, 17 à la phthisie pulmonaire (9 filles, 8 garçons), sur 32 phthisiques. — Il est consolant de penser toutefois que la mortalité a été un peu moindre qu'en 1857.

C'est dans l'hospice des Enfants-Trouvés que sont admis les enfants teigneux. Le nombre a été plus considérable cette année que l'année précédente, peut-être parce que le mode de traitement qui y est suivi et les succès qu'on y obtient sont mieux connus.

Sur 95 teigneux en 1858, 58 ont été parfaitement guéris. — Il ne faut pas croire que c'est là tout ce qu'on peut obtenir de succès : les 35 malades non guéris encore restent en traitement. — En 1857, on n'obtint que 38 guérisons sur 74 malades. — Les guérisons ont aussi été obtenues plus rapidement. — Et ici nous devons mentionner que le traitement préconisé par M. le Dr Malago, de Florence, qui aurait constaté un immense progrès, a été tenté par M. Le Barillier sur un assez grand nombre de malades, et cela sans aucun succès. Aussi, pour éviter une déception aux praticiens, notre confrère a publié ses expériences dans notre journal (*Voyez* le nº de décembre 1858, p. 746).

Tout en applaudissant aux améliorations obtenues, M. Le Barillier signale encore aux administrateurs l'état fâcheux de l'infirmerie des petits garçons et de celle des nourrices.

Le rapport sur le service chirurgical, bien qu'il porte sur un moins grand nombre de malades, n'en offre pas moins d'intérêt. M. Bitot fait remarquer d'abord que, comme par le passé, la chirurgie, cette année, a été essentiellement conservatrice.

Sur 115 malades, il n'a compté qu'un décès.

Un fait assez important signalé par notre confrère, c'est l'absence absolue du croup à l'hospice pendant les années de son service, en 1857 et 1858 ; et même, d'après des renseignements qu'il croit exacts, la trachéotomie n'ayant jamais été pratiquée à l'hospice, il se croit autorisé à conclure que le croup ne s'y montre pas.

Or, sur un millier d'enfants qui tous les ans séjournent plus ou moins longtemps à l'hospice, cette immunité est remarquable, tandis que cette affection porte la désolation dans les familles de la cité, quelles que soient leurs conditions.

M. Bitot en recherche la cause, et pense qu'il est permis

de l'attribuer à l'état scrofuleux, au *lymphatisme* qui règne dans l'hospice. « Cela me parait d'autant plus acceptable, dit-il, que les fausses membranes qui caractérisent le croup se manifestent plus fréquentes, plus tenaces et plus meurtrières chez les enfants bien portants, chez les enfants qui jouissent, comme on dit, d'une belle et riche santé.

» Si l'idée que j'émets était fondée, ajoute-t-il, il serait rationnel de chercher, comme traitement prophylactique, en cas d'épidémie croupale, à diminuer, dans de certaines limites, la richesse sanguine des enfants bien constitués. Le moyen serait bien simple : il suffirait de les soumettre aux aliments légers non excitants, et aux boissons alcalines, telles que l'eau de Vichy, ou bien encore, ce qui est beaucoup plus à la portée de tout le monde, l'eau pure, dans laquelle on ferait dissoudre une certaine quantité de sel alcalin (bi-carbonate de soude, carbonate de soude, chlorate de potasse). Des auteurs fort recommandables prônent l'efficacité des sels alcalins contre le croup confirmé. »

Nous ne serions pas éloigné de partager les idées de notre confrère, bien que les conditions dans lesquelles se montre le croup ne soient pas toujours telles qu'il le dit. S'il est épidémique, s'il peut être contagieux, on conçoit que la prophylaxie peut recourir à d'autres moyens.

Les ophthalmies purulentes ont été, comme les années antérieures, observées à la Crèche, pourtant en moins grand nombre que l'an dernier (83 en 1857, 23 en 1858). — Et cette différence, M. Bitot ne la rattache pas aux améliorations obtenues à la Crèche, parce que ces maladies leur arrivent presque toujours du dehors. C'est donc à l'état sanitaire général, plus satisfaisant cette année, qu'il faut en faire honneur. — Nous remarquons que c'est uniquement aux lotions fréquentes à l'eau simple, ou avec une décoction de racine de guimauve, que M. Bitot confie tout le traitement de ces ophthalmies, et qu'il préfère ces moyens

aux collyres de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre. — N'y aura-t-il pas des époques où ce traitement sera insuffisant, et où il faudra recourir à ces modificateurs plus puissants que notre confrère proscrit aujourd'hui?

Cinq cas de pieds-bots ont été observés à l'hospice : 3 sur des enfants naissants, 2 sur des enfants de 18 mois.

Nous approuvons entièrement l'avis de M. Bitot, qui est de ne rien tenter contre cette affection pendant la première année; mais, dès que l'enfant commence à marcher, il faut chercher à obtenir du mouvement le rétablissement de l'harmonie du membre. La section du tendon d'Achille doit souvent être pratiquée; toujours utile, elle n'est jamais dangereuse. Mais, pour contrebalancer les forces musculaires qui maintiennent les pieds dans leur direction anormale, il faut leur opposer des forces analogues, et, au lieu d'appareils toujours dispendieux, souvent difficiles à appliquer et à diriger, le chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés a recours à une simple pièce de caoutchouc. Voici comment il l'emploie :

« Une bande de cette substance, de quelques centimètres de largeur et de quelques millimètres d'épaisseur, est attachée au bord de la semelle d'un brodequin ordinaire. Le brodequin est placé au pied affecté, de façon à faire correspondre l'extrémité fixe de la bande élastique au bord du pied qui doit être relevé; puis la bande, légèrement tendue, embrasse le coude-pied et est arrêtée un peu en arrière du point de départ. — Ce moyen si simple, d'une innocuité parfaite, susceptible d'être appliqué par toute personne, très-facile à supporter, d'une efficacité incontestable, parce que, quoique agissant peu, il peut être maintenu nuit et jour durant des mois, possède encore sur tous les autres le mérite de n'occasionner qu'une dépense insignifiante. »

M. Bitot se loue beaucoup de l'usage des bains de mer

pour les malades soumis à ses soins. Il cite, à ce propos, un cas de guérison remarquable :

Une fille de 52 ans, portant depuis trois ans une tumeur blanche au coude droit, avec abcès, trajets fistuleux, carie très-avancée et très-étendue. Insuccès de tout traitement; l'amputation, demandée par la malade, est refusée par le chirurgien. — Après 2 saisons de séjour aux bains de mer, la constitution de la malade est améliorée; l'articulation de l'avant-bras jouit d'un peu de mobilité; l'état est aussi favorable que possible.

Ce fait prouve, comme tant d'autres, que, dans les états diathésiques, c'est surtout à reconstituer l'organisme qu'il faut songer, et qu'il faut savoir résister à la chirurgie, qui mutile.

Il est à désirer que les chefs de service, dans tous les établissements nosocomiaux, comme le médecin et le chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, fassent connaître, dans des rapports annuels, tout ce que leur pratique leur aura offert d'intéressant. Alors ils ne sont pas seulement utiles pour le présent, ils peuvent souvent assurer les pas de leurs successeurs pour l'avenir. C.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

La *dysménorrhée,* la névralgie hystérique, l'hystéralgie cataméniale, comme nous aimons mieux l'appeler, cette affection qui fait périodiquement le tourment de tant de femmes, a été attaquée jusqu'à présent par des moyens si nombreux et si souvent inefficaces, qu'il est permis de tenter d'employer tous ceux qui sont proposés. Nous trouvons, dans *The Cincinnati Lancet et observer* d'octobre 1858, une formule publiée par le Dr Fanner, de la Nouvelle-Orléans, dont il dit avoir retiré le plus grand succès ; elle se compose de :

Gomme de gaïac. . . . . . } aa
Baume du Canada. . . . . } 1 once.

Huile de sassafras.	2 scrupules.
Sublimé corrosif.	1 scrupule.
Alcool.	8 onces.

Dissolvez le gaïac et le baume dans la moitié de l'esprit de vin, et le mercure sublimé dans l'autre. Laissez en digestion, pendant quelques jours, le gaïac et le baume; puis mêlez cette liqueur clarifiée avec le sublimé et l'huile [1].

La dose est de 10 ou 12 gouttes, soir et matin, dans un verre de vin ou d'eau, suivant les circonstances.

M. Fanner n'a eu qu'à s'applaudir de l'usage de ce moyen, ainsi que tous les confrères auxquels il l'avait indiqué.

Voici comment il convient de l'employer : un ou deux jours avant la période cataméniale attendue, 25 gouttes, soir et matin, dans une infusion de sauge ou d'eau sucrée, jusqu'à ce que le flux menstruel soit bien établi, puis attendre l'époque prochaine. Dans les cas graves et opiniâtres, il faut en commencer l'usage huit à dix jours avant le flux, et si la douleur paraît, il faut administrer le remède toutes les quatre ou six heures, jusqu'à soulagement. — La douleur cesse ordinairement dès que le flux devient libre; mais, le plus souvent, le sang flue sans douleur après les premières doses. — L'auteur a vu un soulagement immédiat survenir après une dose donnée dans le paroxysme. Dans certains cas, la douleur est déchirante et porte jusqu'aux convulsions. Alors il faut recourir aux inhalations de chloroforme ou à la préparation que voici :

Esprit de camphre. . . .	3 dragmes.
Chloroforme.	2 dragmes.
Teinture d'opium. . . .	1 dragme.

Une cuillerée à *thé* chaque heure, jusqu'à soulagement.

Après la dysménorrhée guérie, il n'est pas rare que la conception en soit la conséquence. — Il faut éviter la constipation, qui souvent accompagne l'hystéralgie. C.

[1] On trouve une prescription analogue dans le *Formulaire médical* du Dr Ellios; seulement, elle était recommandée par le Dr Emerson et d'autres praticiens de Philadelphie contre l'affection syphilitique.



Chlorate de potasse en injections dans les leucorrhées et ulcérations du col. — M. Brown ayant remarqué les bons effets d'une solution de chlorate de potasse dans les ulcérations externes, a songé à l'employer dans les ulcérations du col de l'utérus. Il l'administre en injections à la dose de 4 grammes sur 150 grammes d'eau. Dans quatre cas, la guérison de l'ulcération de la leucorrhée s'est effectuée en quinze jours. Comme condition de succès de cette médication, il importe que la maladie soit bornée au vagin et au col. (*Gaz. méd.*, mars 1859.)

Diarrhée liée à l'évolution dentaire et au sevrage. — Dans une de ses dernières leçons de clinique, M. Trousseau formulait le traitement à employer contre cette forme de diarrhée. Il fait mélanger avec du lait ou du sirop de gomme de l'eau de chaux à la dose de 40 à 60 grammes, ou délayer, avec du sucre dans du lait, dans de l'eau albumineuse, ou tout autre liquide approprié, un des sels suivants : carbonate de chaux lavé, 1 gramme; bi-carbonate de soude, 60 centigrammes; carbonate de magnésie, 25 centigrammes. Ces moyens très-simples snffisent pour arrêter le dévoiement et les coliques. Si les accidents persistent, on administre 3 ou 4 grammes de sous-nitrate de bismuth, et un sel neutre, tel que le tartrate de potasse ou de soude, 4 à 6 grammes dissous dans de l'eau.

Pommade contre l'eczéma des mains. — M. N. Guillot, médecin de l'hôpital Necker, traite avec succès l'eczéma des mains par l'application d'une pommade ainsi composée :

Axonge.	30 gr
Sous-carbonate de soude. .	aa 2 à 4 gr.
Huile de cade.	
Goudron.	

Propriétés hypnotiques du sucre candi; par M. le Dr Ab.-Ch. Chatelain, à la Neuveville (Berne). — Venant de découvrir dans le sucre candi une propriété thérapeutique précieuse, celle d'être hypnotique, qui ne lui était, que je sache, point connue jusqu'ici, quoiqu'il soit bien supérieur sous beaucoup de rapports, à la plupart des autres agents employés dans ce but, je me fais un devoir de la rendre publique. Pour obtenir l'effet désiré, il

suffit, lorsqu'on est couché, de faire fondre dans sa bouche cinq à six morceaux dudit sucre, de la grosseur d'une bonne noisette d'Espagne ; on voit qu'il ne faut pas y aller de main-morte, ni avec des doses homœopathiques; mais le sommeil qui ne tarde pas alors à succéder à ce remède, imite si parfaitement le sommeil naturel, qu'il n'en résulte jamais le moindre inconvénient sur la constitution, et qu'à son réveil, le corps se trouve aussi bien qu'après le sommeil le plus naturel et le meilleur. Cependant, le sucre candi n'est ordinairement efficace que contre l'insomnie pure, c'est-à-dire, celle où l'impossibilité de dormir ne reconnaît ni maladie, ni aucune cause externe qui trouble le repos.

Staphylôme; traitement opératoire. — M. le docteur Kuchler, de Darmstadt, a consigné dans le *Compte-rendu du congrès d'ophtalmologie de Bruxelles* (1858. p. 448), quelques données sur une méthode opératoire contre le staphylôme, méthode qu'il a pratiquée plus de cinquante fois et toujours avec le même succès. Elle consiste : 1° à diviser la cornée entière par une incision linéaire transversale, depuis le sommet jusqu'à la base de la tumeur; 2° à enlever le cristallin s'il se trouve encore dans l'œil; 3° à laisser la plaie ouverte pendant quelques jours, en en écartant les bords au moyen d'un instrument obtus quelconque, comme une aiguille à tête, une sonde, etc.

Cette opération, dit l'auteur, se termine très-rapidement; elle n'est douloureuse qu'un instant, est suivie de guérison prompte, ne réclame pas de soins consécutifs, est exempte de dangers et conserve le globe de l'œil avec la cornée entière, ou la plus grande partie de cette membrane.

Vivianite; sa formation dans l'organisme vivant. — M. Schiff est parvenu à constater par l'analyse que la coloration bleue que présente quelquefois le pus, est due à du phosphate de fer à l'état amorphe. C'est ce même sel qui colore en bleu les restes humains ou animaux depuis longtemps enfouis. La démonstration de ce fait est due à M. Nicklès, qui a trouvé dans des ossements humains le phosphate de fer cristallisé sous la forme propre à la vivianite des minéralogistes.

(*Journ. de pharm. et de chim. et France méd.*; 1858, n° 44.)

CHRONIQUE.

—

Concours de Vaccine.

Par un arrêté en date du 19 avril 1858, M. le Préfet de la Gironde avait ouvert un concours pour encourager et récompenser les efforts des personnes qui contribuent à propager la vaccine.

Quarante-quatre candidats ont pris part à ce concours; ils ont fourni un ensemble de 4,338 vaccinations et 796 revaccinations. La répartition des candidats et des opérations vaccinales par arrondissement s'est effectuée dans l'ordre suivant :

Bordeaux..........	21	candidats,	1,139	vaccinations.
Lesparre..........	5	»	786	»
Blaye.............	1	»	125	»
Libourne..........	4	»	551	»
La Réole..........	6	»	346	»
Bazas.............	7	»	591	»

Voici la liste des médecins qui ont obtenu des récompenses dans ce concours.

M. Roumat, à Aillas........	150 fr.	et une médaille d'argent.
M. Mauret, à Lacaneau.....	100	*id.*
M. Roger, à Guîtres........	100	*id.*
M. Lafont, à Sainte-Hélène..	100	*id.*
M. Nioucel, à Lamarque....	100	*id.*
M. Ducuing, à Saint-Girons .	50	*id.*
M. Lamothe, à Saint-Seurin-sur-l'Isle	»	*id.*

— Un arrêté de M. le Préfet de la Gironde organise un nouveau concours en ces termes :

Les récompenses ci-après indiquées seront accordées aux personnes qui auront le plus contribué à la propagation de la vaccine dans le département de la Gironde, depuis le 1er janvier jusqu'au 31 décembre 1859 :

1° Une médaille d'or à la personne qui, par son influence morale, ses conseils ou ses écrits, aura combattu avec le plus de succès les préjugés dont la vaccine est encore l'objet;

2° Un prix de 500 fr. en argent;

3° Un prix de 300 fr. en argent;

4° Trois prix chacun de 200 fr. en argent; un de ces prix sera accordé à la personne qui aura signalé le plus fréquemment et

en temps opportun l'existence du *Cowpox* sur les vaches; la découverte du *Cowpox* devra être immédiatement signalée à l'autorité, et être l'objet d'une constatation officielle;

5º Six prix, chacun de 100 fr. en argent, aux vaccinateurs les plus zélés; un de ces prix sera également attribué à la découverte du *Cowpox*.

Chacun des prix en argent sera accompagné d'une médaille d'argent.

Ne donneront droit aux récompenses ci-dessus spécifiées, que les mémoires rédigés, observations et recherches faites, ou vaccinations effectuées du 1er janvier au 31 décembre 1859.

Les tableaux de vaccination et de revaccination, certifiés et légalisés, les rapports et mémoires des personnes qui désireront concourir pour les prix, seront adressés à la Préfecture avant le 15 janvier 1860, au plus tard.

Un modèle de ces tableaux sera déposé à la Mairie de chaque commune, pour y être communiqué à tous les vaccinateurs qui désireront en prendre connaissance.

La distribution des récompenses aura lieu dans le premier trimestre de 1860.

— L'École de Médecine de Bordeaux a reçu, dans les premiers jours d'avril, la visite de M. Denonvilliers, inspecteur général de l'Université pour l'ordre de la Médecine. C'est toujours avec un nouvel avantage que ces établissements reçoivent de pareils visiteurs. Bientôt, quelques améliorations prouvent toute la sollicitude des chefs universitaires pour nos Écoles. — M. l'Inspecteur général a constaté, avec une évidente satisfaction, que M. le Recteur de l'Académie et le Directeur de l'École ont obtenu, de la bienveillance de l'Administration municipale, un agrandissement aux bâtiments de l'École, qui va en faire désormais un édifice admirablement disposé pour sa destination. Bientôt, entre autres, une belle salle consacrée à la bibliothèque fera pendant à celle qui contient aujourd'hui les collections anatomiques déjà si riches et qui s'accroissent de jour en jour

M. l'Inspecteur général, après avoir visité les cliniques, a assisté aux leçons de deux de nos professeurs, et a témoigné de sa

satisfaction. Dans tout ce que nous avons pu recueillir de la bouche de l'éminent visiteur, nous avons reconnu le savant, l'homme pratique, le protecteur éclairé des Écoles de Médecine.

— Depuis la publication de notre dernier numéro, nous avons vu à son passage M. le Dr Sales-Girons, le savant rédacteur en chef de la *Revue médicale de Paris,* l'inventeur d'un appareil propre à pulvériser l'eau chargée de substances médicamenteuses. Déjà nous avions pu voir, dans diverses publications, la figure de cet appareil; mais elle ne nous en avait pas fait comprendre le jeu aussi bien qu'en le voyant fonctionner. Cet appareil, que fabrique M. Charrière, l'habile ouvrier de Paris, se trouve dans le commerce; et si le bien que peuvent s'en promettre les médecins venait à être constaté, il serait bientôt dans tous les établissements hospitaliers et dans les mains de beaucoup de médecins. — A ce propos, et pensant à la découverte de M. Sales-Girons, de mettre l'eau en *poudre* et de la faire *respirer,* il nous est venu en mémoire des vers d'un poète de la jeunesse d'autrefois, qui viendraient déposséder M. Sales-Girons de sa découverte, si l'on faisait attention aux *observations* des poètes. — Voici ces vers d'une élégie de *Bertin.* — Le poète voulait aller dans les champs de Sabine avec le livre d'Horace à la main :

Et dans ce désert embelli
Par l'Anio grondant dans sa course rapide,
Respirer la poussière humide
Des cascades de Tivoli.

(*Élégie XIe,* édit. stéréotypée, t. Ier, p. 83.)

— Arrêté du Ministre de l'Instruction publique du 7 avril 1859:

Art. 1. — La durée totale des cours de pathologie externe et de pathologie interne, dans les Écoles Préparatoires de Médecine et de Pharmacie, est portée à deux ans (c'est-à-dire deux semestres). Il est accordé un an seulement (c'est-à-dire un semestre) pour les cours d'anatomie, de physiologie, d'accouchement, de chimie et pharmacie, d'histoire naturelle médicale et de matière médicale, et pour les cours qui ont remplacé ces deux derniers dans les Écoles réorganisées.

Art. 2. — Le cours d'anatomie a lieu tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés). Quatre leçons sont faites par les

professeurs d'anatomie et deux par le chef des travaux anatomiques sur des sujets indiqués par le professeur.

Tous les autres cours semestriels ont trois leçons et une conférence par semaine.

Art. 3. — Le chef des travaux anatomiques est tenu de faire, pendant les mois de novembre et décembre, deux conférences par semaine sur l'ostéologie et la syndesmologie. Ces conférences ont lieu à une autre heure que celles qui auront été réservées pour les cours et pour les dissections.

Art. 4. — Les leçons du professeur d'anatomie et de son collaborateur ont pour objet à peu près exclusif l'anatomie descriptive. Le professeur doit se borner à un petit nombre de généralités sur les os, les ligaments, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, etc., en commençant l'histoire de chacune de ces parties de l'anatomie. Toutefois, les douze ou quinze dernières leçons du cours devront être consacrées : une année à l'anatomie générale, et l'année suivante à l'anatomie des principales régions du corps.

Art. 5. — La démonstration des organes splanchiques doit précéder la description des vaisseaux et des nerfs qui s'y ramifient.

Art. 6. — Les leçons de physiologie ont lieu pendant le semestre d'été ; elles sont faites par l'adjoint à la chaire d'anatomie et de physiologie, dans les Écoles réorganisées. Cependant, le titulaire peut, s'il le juge convenable, se charger du cours de physiologie, en abandonnant à son adjoint l'enseignement de l'anatomie.

Dans les Écoles non réorganisées, le cours de physiologie est confié au chef des travaux anatomiques.

Art. 7. — Le professeur de physiologie traite tous les ans de tous les sujets qui appartiennent à son enseignement, en établissant toutefois une sorte d'alternance entre les fonctions nutritives et les fonctions animales et de reproduction, de manière à ce que chacune de ces parties reçoive à son tour tous les développements.

Art. 8. — Le cours de pathologie externe se compose :

1° D'une partie qui est reproduite tous les ans, au commen-

cement du semestre. Elle a pour objet l'exposition des maladies chirurgicales qui peuvent se montrer dans toutes ou presque toutes les parties du corps (inflammation, abcès, plaies, fistules, ulcères, gangrène, productions accidentées, etc.).

2° D'une partie subdivisée elle-même en deux autres, dont chacune sera exposée à son tour, l'une dans le premier, l'autre dans le second semestre. Ces deux subdivisions comprennent : *a.* les maladies chirurgicales des différents tissus (maladies des os, des artères, des veines, des lymphatis et de leur ganglion, des synoviales, etc.); *b.* les maladies chirurgicales des différents organes et appareils.

Art. 9. — Dans les écoles réorganisées, l'enseignement de la clinique a lieu toute l'année.

Art. 10. — Dans le premier examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur la chimie, l'histoire naturelle, l'ostéologie, les articulations, la myologie, les éléments de la physiologie.

Dans le second examen de fin d'année, les élèves sont interrogés sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie externe et interne (la partie qui aura fait l'objet du cours de l'année), la matière médicale.

Dans le troisième examen, les élèves sont interrogés sur la pathologie interne et externe, la médecine opératoire, les accouchements, la thérapeutique.

Art. 11. — Dans les écoles réorganisées, il est adjoint au jury du premier examen de fin d'année un professeur de la Faculté des Sciences ou de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des Sciences et des Lettres, dont les élèves interrogés ont suivi le cours.

Art. 12. — Cet arrêté est exécutoire à partir de l'ouverture de l'année classique 1859-1860.

Art. 13. — Le règlement du 2 avril 1857 est rapporté.

— Un décret impérial du 23 mars transporte aux conseils d'hygiène publique et de salubrité la visite annuelle des officines de pharmacie et des magasins de droguistes.

Trois membres de ce conseil sont désignés tous les ans par e préfet.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Mars 185[illegible]).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
				millimètr	millimètr			
1	4,5	15	10 .	772	772	N.–E	Beau.	Très-belle journée.
2	10	16	10,5	772	772	N.–E	Beau.	*Idem.*
3	10	18	11	773,5	773,5	Sud.	Beau.	Petite pluie le soir.
4	10	12,5	10	775	775	Ouest	Pluie.	Petite pluie brumeuse.
5	10	13	10,5	775	774	Ouest	Couv.	Pet. brumes fréquentes
6	10	17	14	770	769	Est.	Beau.	Belle journée printan
7	8	15	11	767	764	Ouest	Couv.	Temps brumeux.
8	11	14	8	762	764	S. –O	Couv.	
9	2,5	15	6	765	769	N.–E	Beau.	Fraich. le mat, b. journ.
10	1,5	15	7	771	771	N –E	Beau.	Belle journée.
11	5	17	10	770	769	Est.	Beau.	Belle journée printan
12	9	18	12	769	769	S. –O	Beau.	*Idem.*
13	8,5	18,5	13	769	769	S. –O	Beau.	*Idem.*
14	8	23	15	764	759	Sud.	Beau	Belle journée chaude.
15	10,5	15	10	763	765	Ouest	Pluie.	Pluie légère.
16	9	15	10	769	771	N.–O	Pluie	Vilaine journée.
17	6	17	10	769	766	N.–O	Beau.	Léger brouil. le matin.
18	7	14	9	764,5	764,5	N.–O	Pluie.	Pl. froide par rafales.
19	5	13	9	765	766	Nord.	Beau.	Très-jolie journée.
20	4	13,5	10	769	771	N.–E	Beau.	*Idem.*
21	6,5	15	8	769	768	Ouest	Couv.	V. frais, forte pl. le soir.
22	7,5	10	7	766	767	N.–E	Pluie.	Vent très-vif, pl. froide.
23	2	10,5	6	768	768	N–E.	Beau.	V. frais, pl. lég. le soir.
24	7,5	15	9	768,5	768,5	Ouest	Couv.	Pluie le matin.
25	9	13	10	768,5	768,5	Ouest	Couv.	*Idem.*
26	7,5	14,5	10	768	768	N–O.	Beau.	Ciel nuageux.
27	9,5	17	11	766	762	S.– O	Beau.	Très-belle journée.
28	9,5	17	10	760	757,5	S.– O	Pluie.	Orage le soir.
29	10	15,5	11	755	756	S. –O	Pluie.	Pluie très-abondante.
30	8	10,5	7	758	760	Ouest	Pluie.	*Id.* la nuit et le jour.
31	6	10,5	7	762	764,5	N.–O	Beau.	Ciel nuageux.

Résumé des observations météorologiques de Mars 1859

THERMOMETRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	10° le 8.	23° le 14.	15° le 14.
Moindre............	1°5 le 10.	10° le 22.	6° le 23.
Moyen..	8° les 7, 14, 30.	15° les 1, 7, 9, 10, 15, 16, 21, 24.	10° les 1, 4, 11, 15, 14, 17, 20, 25, 26, 28.

Chaleur du milieu du jour : 12 jours de 10° à 14°5 ; 17 jours de 15° à 18°; 2 jours de 18°5 à 23.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	775 mill. les 4 et 5.
Minimum............	755 mill. le 29.
Medium....	767 mill. les 7 et 22.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord......... 1 fois.

nord–ouest..	5	»
ouest.......	8	»
sud-ouest....	6	»
sud..........	2	»
nord-est.....	7	»
sud–est......	»	»
est...........	2	»

VENTS DOMINANTS : Ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 17.
covverts...... 6.
pluie......... 8.
glace..........

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le temps a été très-variable pendant tout le mois de mars. Si l'on excepte la série de beaux jours du 9 au 14, le reste du mois a été une succession constamment interrompue de jours couverts ou de pluies avec quelques beaux jours. La température, modérée d'abord, s'est refroidie quelques jours pour redevenir et continuer d'être printanière. La sécheresse, qui a régné si longtemps, a fait place enfin à une humidité que les biens de la terre réclament à cette saison. Les vents, quoique très-variables, ont cependant soufflé principalement de la partie de l'ouest. Le baromètre a subi de nombreuses oscillations en se tenant toujours bien au-dessus de la hauteur moyenne; une seule fois, le 29, il est est descendu bien au-dessous, mais il n'y est resté que quelques heures.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Suc^r de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES;

par le D LANELONGUE.

Depuis les grands travaux de Torti, d'Alibert, de Coutanceau, de Bailly, de Nepple, de Maillot, sur les fièvres intermittentes pernicieuses, il semble que la science, à cet égard, soit arrivée à son apogée. Je n'ai point la prétention de changer quelque chose à ce que ces auteur ont dit; mais la médecine ne vivant que de faits particuliers, je viens offrir quelques observations qui pourront avoir leur utilité pratique.

La contrée de l'arrondissement de La Réole, où j'exerce la médecine, n'est point marécageuse dans le sens qu'on attache à ce mot; mais, auprès de chaque village, existe un abreuvoir pour les bestiaux, où l'eau ne se renouvelle qu'avec les pluies; et presque autour ou au-devant de chaque maison existe un tas de fumier qu'on laisse fermenter jusqu'à l'automne. Pendant l'été, il s'en dégage des émanations bien propres à infecter l'air. D'ailleurs, le sol que l'on cultive repose sur l'argile. Lors des grandes chaleurs des mois de juillet et d'août, la terre se fend profondément, et la moindre pluie survenant à cette époque, produit des exhalaisons infectes. A cette époque encore, le rouissage du chanvre vient ajouter son contingent de vapeurs malfaisantes.

Je ne chercherai point à décider si ces diverses causes d'infection produisent la diminution ou l'abolition de l'ozone dans l'air atmosphérique pour faire naître les fièvres pernicieuses, ainsi que le prétendent MM. Bœckel fils (de Strasbourg), et Bourriau (de l'Ain); je suis trop incompétent pour cela. Il me suffira de dire que chaque année, après les grandes chaleurs, j'ai à traiter un grand nombre de fièvres intermittentes simples ou pernicieuses; et j'ajouterai que les recherches de MM. Schœnbein, Simonin, Scoutetten, sur l'ozone, ont établi que l'insuffisance de cet agent se remarquait surtout dans les grands centres de population, les villes, les hôpitaux, les prisons, sans que pour cela les fièvres intermittentes y fussent plus fréquentes. Il est donc probable que ce n'est qu'une coïncidence, ainsi que le dit M. Burdel. Quoi qu'il en soit, je vais, en simple praticien, présenter les faits suivants, regrettant de n'avoir pu compléter par l'autopsie ceux qui se sont terminés par la mort. Jamais, dans les petites localités, on ne peut obtenir l'autorisation d'ouvrir les cadavres.

Ire Obs. — M. L..., âgé de dix-sept ans, d'une excellente constitution, tempérament sanguin, avait passé l'année à Bordeaux, et venait de subir avec succès son examen pour le baccalauréat ès lettres, lorsqu'il arriva chez ses parents le 22 août 1856. La grande chaleur de l'été, les défoncements de terrains du Jardin-Public, près duquel il restait, avaient occasionné quelques fièvres intermittentes dans les rues Fondaudége et du Plessis. Quinze jours avant son arrivée à la campagne, le jeune M. L... avait eu un léger mal de gorge avec fièvre, qui disparut sous l'influence d'un purgatif

salin. Pendant ce dérangement, on remarqua que ses urines étaient noirâtres; mais tout était rentré dans l'ordre lors de son départ de Bordeaux.

Arrivé chez ses parents, il se trouva tout à coup, le 24 août, à quatre heures du soir, pris de malaise, de frissons, de céphalalgie et d'une petite toux sèche, ce qui l'obligea de se mettre au lit. Sommeil agité.

Le 25, j'examinai le malade dans la matinée : il ne déclare aucune douleur, il tousse un peu; mais ni la percussion ni l'auscultation ne font rien remarquer d'anormal du côté de la poitrine. Le ventre est souple, sans douleur; la langue est humide, large, sans rougeur au pourtour, blanchâtre; il y a de la soif, mais point de vomissements ni d'envies de vomir; céphalalgie, sans que la lumière fatigue les yeux; narines sèches, pas de bourdonnements d'oreilles; le pouls est fort et fréquent, 85 pulsations par minute. Saignée de 500 grammes, décoction d'orge, diète. Le sang est rouge, sans couenne.

26. — Le malade est dans le même état, la fièvre n'a pas cessé un instant, nuit agitée, céphalalgie, soif ardente, peu de toux, pas de douleur à l'abdomen, et cependant on reste frappé de la couleur noire des urines rendues pendant la nuit. Ces urines sont abondantes, couleur *brou* de noix, écumeuses, avec un dépôt noir et poisseux; évaporées sur des cendres chaudes, elles laissent un résidu noir et fibrineux, ce qui fait penser à un mélange de sang dans les urines. D'où vient ce sang? Il n'existe aucune douleur à l'hypogastre ni à la région des reins. Ce doit être une exhalation sanguine qui a eu lieu du côté de la vessie, comme

elle aurait pu exister du côté du nez ou de toute autre muqueuse, par suite de cette modification survenue dans le sang à l'occasion de l'infection miasmatique qui a occasionné la fièvre. Mais jusqu'alors on ignorait encore la nature de la maladie, et vu l'état sanguin du sujet, une nouvelle saignée est pratiquée. Dix sangsues sont appliquées à la région des reins; décoction de chiendent et de graine de lin avec bi-carbonate de soude, 2 décigrammes; lavements émollients, cataplasmes sur le ventre, diète.

27. — Même état. Le sang de la saignée n'est pas couenneux, il est rouge, et la sérosité est pour moitié. Le malade n'est pas affaibli, et malgré la céphalalgie continuelle, il n'y a pas de délire; chaleur extrême, pouls fréquent, langue humide, et cependant soif ardente; aucune douleur au ventre, et néanmoins urines toujours noires. Trois confrères, appelés en consultation, restent indécis sur la nature du mal. On continue le même traitement, sauf la saignée.

28 et 29. — Les mêmes phénomènes persistent avec la même intensité. Même traitement, sauf les sangsues.

30. — Le malade, outre les phénomènes existant depuis le commencement de la maladie, accuse des nausées et vomit les boissons qu'on lui donne. Les urines sont moins noires. Dix sangsues à l'épigastre, eau froide pour boisson et par cuillerées, lavement purgatif. Il est remarquable qu'il n'existe jamais de douleur à l'abdomen, et qu'en ce moment il n'y en a pas non plus à l'épigastre. Les vomissements persistent toute la journée et deviennent plus fatigants pendant la nuit, qui est agitée et sans sommeil. A ce moment, un large sinapisme de

40 centimètres carrés est appliqué depuis l'ombilic jusqu'au milieu de la poitrine. Cette application sur des piqûres de sangsues encore fraîches devient bientôt insupportable. Au bout de dix minutes on est obligé de l'enlever. La peau est rouge écarlate partout où il a touché. Les vomissements cessent, et le malade, plus calme, sommeille un peu à la pointe du jour.

31. — A la suite de ce petit sommeil, à sept heures du matin, le calme est complet, la céphalalgie, la fièvre, la soif, les envies de vomir, les urines noires, tout a disparu comme par enchantement; le malade se trouve parfaitement bien. Un bouillon; eau pour boisson, édulcorée avec le sirop d'orgeat.

Cet état parfait arrivé tout d'un coup, après une nuit des plus orageuses, me fait naître l'idée d'une fièvre pernicieuse. J'en fais part à un des confrères consultés, et lui demande son avis sur l'administration du sulfate de quinine : il n'ose se prononcer. Cependant, plein de cette idée qui m'obsède sans cesse, je fais prendre à mon malade, avec trop de timidité, 60 centigrammes de sulfate de quinine. La journée se passe très-bien jusqu'à cinq heures du soir, où la céphalalgie, la chaleur de la peau, la soif, la fréquence du pouls, reviennent comme précédemment. Toutefois, il n'existe ni envies de vomir, ni urines noires, ni douleur dans l'abdomen; mais d'autres phénomènes plus insidieux se présentent : la voix s'éteint, on ne peut entendre le malade quand il parle, qu'en appliquant l'oreille sur sa bouche; ses yeux s'enfoncent dans ses orbites, l'ouïe devient obtuse, le nez devient effilé, les joues se creusent, c'est la figure d'un cadavre; le pouls devient impercep-

tible, et le malade ne s'aperçoit pas de sa fâcheuse position; il ne s'inquiète nullement sur son état. Bouillons, infusion de feuilles d'oranger sucrée, lavements, vésicatoires aux bras.

Ces phénomènes durent sans cesser jusqu'au 2 septembre à cinq heures du matin, c'est-à-dire pendant trente-six heures. La fièvre cesse alors, mais l'état cadavérique persiste. Jamais la sueur ne vient juger l'accès. Alors, plus de doute sur la nature pernicieuse de la maladie; aussi, à sept heures du matin, on administre un lavement d'un gramme de sulfate de quinine; bouillons et tisane *ut suprà,* pansement des vésicatoires. La journée est bonne, le sulfate de quinine est gardé. Le soir, nouveau lavement d'un gramme de sulfate de quinine.

3 septembre. — Nuit bonne; le malade est bien, mais n'a pas encore repris sa voix, sa figure est encore cadavérique. 1 gramme sulfate de quinine matin et soir, bouillons, tisane comme la veille.

4 septembre. — Nuit excellente. Le malade est gai, sa voix est revenue, ses yeux sont beaux et ne sont plus enfoncés; il reste sourd, sans doute à cause de l'action du sulfate de quinine; il désire du bouillon et n'a plus d'appétence pour la tisane. Un lavement émollient suivi d'un lavement d'un gramme sulfate de quinine; on lui donne plusieurs bouillons.

Cette même journée, à onze heures du matin, sa figure paraît égarée; il est pris d'une soif intense, le nez est glacé; tout le corps devient froid comme du marbre, la langue est froide, et cependant le malade ne sent pas le froid; il a une chaleur intérieure qui le dé-

vore, sa soif est insatiable, il boit toutes les cinq minutes. Des sinapismes, des bouteilles d'eau chaude, sont appliqués sur les côtés du ventre et sur la poitrine; des frictions avec des flanelles chaudes imbibées d'eau-de-vie sont pratiquées, sans interruption, sur toutes les parties de son corps, et néanmoins ce froid ne cesse qu'au bout de trois heures. La chaleur arrive alors avec une intensité extraordinaire; il faut enlever sinapismes, bouteilles d'eau chaude, couvertures. Agitation continuelle, céphalalgie; le pouls, qui était très-petit, devient très-fort et fréquent; langue humide, malgré la soif, qui n'a pas cessé; point de douleurs dans le ventre ni la poitrine, pas de toux, pas de vomissements. A minuit, une légère moiteur se déclare et le sommeil arrive avec le calme de tous les phénomènes fébriles. Un lavement d'un gramme de sulfate de quinine est administré en ce moment pour laisser ensuite reposer le malade.

5 septembre. — Depuis minuit, le malade a dormi jusqu'à six heures du matin; il sue, on le change de linge, et on saisit encore ce calme pour administrer un nouveau lavement d'un gramme de sulfate de quinine; bouillon, tisane *ad libitum*. A neuf heures, trois heures après le dernier lavement, léger froid au nez et aux pieds qui ne dure qu'un quart d'heure, et qui est remplacé par la chaleur jusqu'à six heures du soir; pas de sueur à la fin. Vésicatoires aux jambes, lavement émollient, bouillons et tisane *ad libitum*. Après la cessation de l'accès fébrile, un lavement d'un gramme de sulfate de quinine.

6 septembre. — La nuit a été assez tranquille; sommeil léger, pas de soif. Pansement des vésicatoires, qui ont bien ampoulé; lavement d'un gramme de sulfate de

quinine, bouillons et tisane *ut suprà*. A deux heures après-midi, léger froid au nez et aux pieds pendant quelques minutes, suivi de chaleur jusqu'à minuit.

7 septembre. — Nuit assez calme après minuit, peu de sommeil, pas de soif; urines assez abondantes, rougeâtres. Un lavement d'un gramme de sulfate de quinine est pris après l'accès fébrile, et cependant, à sept heures du matin, retour de la chaleur, de la céphalalgie, de la fréquence du pouls, de la soif, jusqu'à six heures du soir. Lavement de sulfate de quinine le soir même, boissons *ut suprà*.

8 septembre. — La nuit a été calme, sans soif, avec un léger sommeil. Lavement émollient suivi d'un lavement avec le sulfate de quinine. Même boisson, bouillons. A midi, froid au nez et aux pieds pendant quelques minutes, suivi d'une chaleur continuelle pendant toute la journée et toute la nuit, et qui s'est continuée jusqu'au matin du 9 à sept heures, où le froid a recommencé et a duré jusqu'à dix heures, pour être remplacé encore par la chaleur, qui a duré toute la journée et toute la nuit. On suspend le sulfate de quinine, non qu'il ait jamais fatigué le malade, mais plutôt pour en rompre l'habitude; car ce médicament, d'après M. Bretonneau, produit une sorte de fièvre périodique qui peut tromper le praticien. Bouillons et boissons comme ci-dessus, et grand bain à midi pendant la grande chaleur.

11 septembre. — Hier, le malade se trouva bien après le bain pendant quelques heures; mais la chaleur revint ensuite et s'est continuée jusqu'à ce matin. La chaleur continue encore; mais le malade n'a pas de soif, il n'a aucune douleur, ses vésicatoires suppurent. La voix a complétement repris son timbre; il n'y a pas

de céphalalgie; le pouls est médiocre, à 80 pulsations; les urines sont encore rouges, mais sans dépôt; constipation, sans douleur dans l'abdomen. Bouillons, tisane comme dessus, lavement émollient, grand bain à midi. Après le bain, le malade reste calme pendant deux heures, la chaleur de la peau est modérée, le malade se trouve bien et n'est pas très-faible; mais alors le froid au nez et aux pieds revient et dure pendant deux heures; la chaleur succède, avec céphalalgie, soif, fréquence du pouls, pour ne cesser qu'à dix heures du soir, où le malade est pris d'un sommeil léger qui dure toute la nuit.

12 septembre. — La peau est encore chaude, la bouche est pâteuse; la langue est blanche et saburrale, mais humide; le ventre est souple, sans douleur; constipation; urines rouges, sans dépôt; céphalalgie; pouls médiocre, à 80 pulsations. Purgatif avec 40 grammes de sulfate de magnésie, bouillon d'herbe et limonade.

13 septembre. — Le purgatif a produit quatre selles de matières jaunâtres, sans douleur; nuit agitée, soif ardente; chaleur de la peau, intense; pouls à 85 pulsations; langue blanche; les gencives et le voile du palais présentent une exsudation pultacée grisâtre qui ne peut s'enlever que par un frottement répété; douleur en avalant les liquides; ventre souple, sans douleur; voix conservant son timbre normal. Cautérisation matin et soir du voile du palais avec le nitrate d'argent, gargarisme avec 8 grammes de borate de soude, bouillons et limonade, lavement.

14 septembre. — La douleur de la gorge persite, l'exsudation du voile du palais est aussi intense; toujours chaleur de la peau, fréquence du pouls; nuit agi-

tée, sans sommeil; soif vive et difficulté pour avaler; céphalalgie. Cautérisation du voile du palais avec l'acide chlorhydrique, gargarismes avec le borate de soude, lavements, bouillons, limonade.

15 septembre. — La nuit a été bonne, la douleur de la gorge a cessé avec l'exsudation; la céphalalgie, la fièvre ont disparu; le malade est content. Gargarismes au borate de soude, lavements, bouillons, limonade.

16, 17, 18 septembre. — Le malade continue à être bien, et déjà il prenait des potages lorsque le 19, à onze heures du matin, survient un froid intense avec tremblement que rien ne peut arrêter. Couvertures de laine, bouteilles d'eau bouillante autour du corps, sinapismes sur les bras et les jambes, tout est inutile. Pendant une heure, ce froid persiste pour faire place à une chaleur insupportable. Le malade se découvre, s'agite dans tous les sens, pour chercher le frais, demande des boissons froides pour étancher sa soif; la langue est humide, le ventre souple; céphalalgie; pouls fort, fréquent, succédant à un pouls petit et concentré. A six heures du soir, la sueur arrive, et le calme avec elle. Lavement d'un gramme de sulfate de quinine, bouillon, décoction de chiendent avec le sirop d'orgeat.

20 septembre. — Le malade se trouve bien. Pas de fièvre, pas de céphalalgie; il a reposé une partie de la nuit. Lavement avec 1 gramme sulfate de quinine, bouillons et tisane comme la veille.

21 septembre. — La nuit a été bonne, le malade est bien; mais à midi survient encore un accès fébrile : froid, chaleur, et sueur qui dure jusqu'au soir. Ce fut le dernier accès. Sulfate de quinine, potage, tisane *ut suprà;* on fait sécher les vésicatoires.

A partir de ce jour, le mieux a continué, le malade a pris des aliments en augmentant la quantité chaque jour; les forces sont revenues peu à peu, et vers la fin de septembre il est sorti de son lit pendant quelques heures chaque jour. Le sulfate de quinine a été continué à doses décroissantes jusqu'au 15 octobre, où le malade avait repris assez de force pour pouvoir se promener hors de la maison.

Ainsi s'est terminée heureusement cette maladie, qui a présenté des phases si perplexes. On me pardonnera la longueur des détails dans lesquels je suis entré, à cause précisément de la variété des phénomènes qui se sont succédés et qui ne pouvaient être prévus. Après six jours d'une fièvre continue avec excrétion d'urines noires, des vomissements opiniâtres toute une nuit, survient un calme plat au moment où rien ne pouvait le faire pressentir; puis retour de la fièvre dix heures après, s'accompagnant d'un faciès cholérique et d'aphonie; cessation de la fièvre après quarante-huit heures de durée, et retour quarante-six heures après avec un état algide. On pourrait vraiment reconnaître chez ce malade un premier accès de fièvre *cystorrhagique,* un second de fièvre *cholérique* ou *aphone,* et un troisième de fièvre *algide.* Un traitement des plus énergiques, une quantité prodigieuse de sulfate de quinine, ont fait justice de cette affection si étrange; et lorsqu'on devait croire à une guérison prochaine, survient une angine pseudo-membraneuse, je n'ose dire couenneuse, parce que les ganglions sous-maxillaires n'étaient pas engorgés, qui exigea pour sa cure plusieurs cautérisations. — Enfin, tout allait bien et on croyait à une franche guérison, lorsque le quinzième jour, après le dernier accès

de fièvre, survient un nouvel accès avec les trois stades de froid, de chaleur et de sueur. Cette récidive, après le quinzième jour, aurait pu être prévue, puisque tous les auteurs en ont fait la remarque, et que j'ai eu moi-même, bien souvent, l'occasion de vérifier ce fait; mais après tout le désordre dans la succession des phénomènes morbides, je n'y avais nullement songé, surtout après l'administration si persévérante du sulfate de quinine, qu'il fallut reprendre de nouveau et continuer plus longtemps encore. Par suite, ce médicament m'a suggéré les deux réflexions suivantes : la première, qu'on peut le donner à haute dose et pendant longtemps sans produire d'accidents inflammatoires, comme on le croit généralement dans le monde; la seconde, qu'il ne paraît pas remplacer complétement le quinquina en nature, puisque mon malade a été obligé d'en prendre près de 13 grammes, qui équivalent à 208 grammes de poudre de quinquina, et qu'il n'est pas d'exemple où l'on ait eu besoin de cette dose pour combattre des accès pernicieux : presque toujours 30 grammes ont suffi. On ne peut pas dire que son action ait été affaiblie en le faisant pénétrer dans l'intestin, puisque les expériences de MM. Briquet et Trousseau prouvent qu'il agit mieux de cette manière que par l'estomac. Peut-être aurait-on réussi à enrayer la maladie plus vite et plus sûrement, si on avait administré une première dose de sulfate de quinine de 2 à 3 grammes à la fois. Je le crois, ainsi que le prouve le fait suivant, que je prends au milieu d'un grand nombre d'autres que je pourrais citer encore.

(La fin au prochain numéro.)

BULLETIN MENSUEL

DES MALADIES OBSERVÉES DANS LES SALLES DE CLINIQUE INTERNE *de l'hôpital Saint-André.*

Service de M. E. Gintrac, *salles* 6 et 15.
Service de M. Henri Gintrac, *salles* 7 et 16.

Décembre 1858; Janvier, Février 1859.

Restaient dans les deux salles de Clinique interne, le 30 novembre 1858 : 62 hommes, 54 femmes. Sont entrés : 367 hommes, 197 femmes. Ensemble : 680. En traitement le 28 février : 68 hommes, 57 femmes.

Maladies observées : fièvres intermittentes, 31; fièvre continue simple, 9; urticaire, 1; érysipèle, 14; herpès, 4; dermatoses chroniques, 24; céphalée, 5; congestion cérébrale, 28; apoplexie, 2; méningite, 4; ramollissement cérébral, 1; lésions organiques de l'encéphale, 2; myélite, 3; hémiplégie, 5; épilepsie, 2; chorée, 2; névralgie, 14; rhumatisme aigu, 53; rhumatisme chronique, 10; lumbago, 16; pleurodynie, 21; laryngo-bronchite, 66; bronchite chronique, 33; bronchite capillaire, 6; pleurésie, 5; épanchement thoracique, 18; pneumonie, 19; hémoptysie, 4; phthisie pulmonaire, 67; asthme, 2; emphysème pulmonaire, 9; péricardite, 1; lésions organiques du cœur, 14; chlorose, 19; anémie, 3; parotidite, 2; angine, 22; embarras gastrique, 38; gastrite aiguë, 7; gastrite chronique, 2; gastralgie, 8; lésions organiques de l'estomac, 4; gastro-entérite, 5; fièvre typhoïde, 2; colite, 11; dyssenterie, 3; colique saturnine, 2; péritonite, 2; ascite, 1; hépatite, 1; lésions organiques du foie, 2; ictère, 2; néphrite granuleuse, 2; leucorrhée, 2; aménorrhée, 9; métrorrhagie, 6; métrite, 3; lésions organiques de l'utérus, 6; hystérie, 9; lésion organique des ovaires, 1.

Les décès ont été produits par : méningite, 4; apoplexie, 2; lésions organiques du cerveau, 2; pneumonie, 1; phthisie, 16; bronchite chronique, 9; épanchement pleurétique, 2; affections du cœur, 6; colite chronique, 3; lésions organiques du foie, 2; néphrite granuleuse, 2; péritonite, 1; cancer de l'utérus, 2.

L'influence des saisons sur l'organisme vivant et sur la production des maladies a été signalée par tous les observateurs. Hippocrate a commencé son immortel *Traité des Airs, des Eaux et des Lieux,* en montrant les différences des saisons et la diversité des effets qu'elles déterminent. C'est surtout lorsqu'il s'agit de récapituler des séries nombreuses de maladies, qu'il importe de subordonner cette revue à la succession des grandes périodes de l'année. Il ne paraît pas nécessaire de suivre strictement l'ordre tracé par les divisions usitées; il est préférable de réunir les mois qui offrent entre eux, sous le rapport de la température, le plus d'analogie. C'est le motif qui nous a engagé à rapprocher le mois de décembre des mois de janvier et février, comme formant, à proprement parler, le trimestre d'hiver.

Érysipèles. — Chaque année, sous l'influence de conditions souvent inappréciables, il se développe dans les hôpitaux des érysipèles en nombre plus ou moins considérable. Leur dissémination, dans les services de médecine et de chirurgie, atteste l'existence d'une cause générale ou épidémique. Pendant le mois de décembre, il a été observé à la Clinique médicale 14 érysipèles (11 chez les hommes, 3 chez les femmes); 9 existaient à la face, 5 sur diverses parties du corps. Bien que ces chiffres ne soient peut-être pas suffisants pour caractériser une épidémie, il est cependant certain que la reproduction de cet exanthème a été plus fréquente que dans les temps ordinaires. Quelle peut en être la cause? Le plus ordinairement, les circonstances qui président à l'évolution simultanée d'un certain nombre de cas d'une même maladie échappent à la sagacité du méde-

cin, et toute recherche à cet égard demeure stérile. L'attention se porte naturellement sur les phénomènes météorologiques, et on se demande quel rôle ils ont pu jouer. Ce n'est pas dans l'atmosphère seulement qu'on doit espèrer trouver l'étiologie des maladies épidémiques; mais il existe un certain rapport entre l'apparition de celles-ci et les qualités de l'air. Le mois de décembre a été froid, humide et brumeux. Or, il résulte de diverses statistiques, que de pareilles conditions atmosphériques favorisent le développement de l'érysipèle. Les médecins anglais expliquent cette multiplication des cas par la doctrine de la contagion. En France, on se refuse à admettre ce mode de transmissibilité. Il est en effet plus naturel de considérer cette propagation comme se faisant par voie épidémique.

Les exemples d'érysipèle de la face ont fourni quelques observations dignes d'être signalées. En même temps que se sont manifestés les prodromes habituels, tels que la fièvre, la céphalalgie, il a été possible de constater, avant toute manifestation cutanée, un symptôme d'une certaine valeur, la tuméfaction des ganglions lymphatiques sous-maxillaires. Cette remarque a été faite depuis longtemps. Franck dit avoir annoncé plusieurs fois, d'après ce seul phénomène initial, un érysipèle de la face. Chomel insistait dans ses leçons cliniques sur l'importance, au point de vue du diagnostic, de ce symptôme précurseur. En effet, lorsque les ganglions lymphatiques du cou sont pris d'une manière aiguë; qu'il n'existe aucune lésion appréciable du cuir chevelu ou des amygdales, on peut presque affirmer qu'un érysipèle de la face est imminent. Deux fois l'engorgement des ganglions a existé d'une manière évi-

dente avant l'apparition de l'érysipèle. Cet engorgement permet de supposer que l'érysipèle n'est pas une inflammation ordinaire de la peau, une simple cutite, mais qu'il se compose d'un double élément inflammatoire, ayant pour siége le réseau lymphatique sous-cutané et la peau elle-même. Le premier de ces éléments est celui qui semble jouer le rôle principal. Toutefois, je dois faire remarquer que, dans quelques cas, cet engorgement ganglionnaire recherché avec soin n'a point été constaté, ou, s'il s'est montré, il n'a point précédé l'érysipèle. L'anatomie pathologique de cette affection démontre qu'en outre d'une injection des capillaires sanguins, il existe un afflux plus ou moins prononcé des liquides dans le tissu cellulaire, une fluxion de la partie affectée des organes voisins. Or, dans cette sphère congestive sont compris ces ganglions lymphatiques. Ainsi peut s'expliquer la tuméfaction de ceux-ci après le développement de l'exanthème.

L'érysipèle de la face a débuté généralement par le nez; il s'est étendu aux joues, aux paupières et au front. Il se caractérisait par de la rougeur, du gonflement, et une douleur extrême au moindre contact. Le doigt appliqué sur les parties malades produisait une légère dépression du tissu cellulaire. Plus tard, l'érysipèle s'est transmis au cuir chevelu. En cette dernière région il ne présentait pas de rougeur appréciable. C'est du reste ce qui s'observe habituellement. Alors le diagnostic s'appuie sur les deux phénomènes suivants : la douleur à la pression et la tuméfaction œdémateuse.

La médication antiphlogistique a trouvé plusieurs fois son indication dès le début. Elle a consisté, soit en une saignée du bras, soit en une application de sang-

sues à l'anus. Deux fois les sangsues ont été placées autour des ganglions qui étaient les aboutissants des vaisseaux lymphatiques. Quand la phlogose érysipélateuse a semblé diminuer, que les phénomènes généraux ont été moindres, un émétique ou un éméto-catarthique amenait un heureux résultat. Par cette dernière médication, on fait disparaître les symptômes d'embarras gastrique, on calme la réaction fébrile, on modère l'intensité de l'érysipèle, et quelquefois on arrête son développement ultérieur. Le seul topique employé sur la région affectée a été une fécule sèche, la poudre d'amidon ou de riz. Cette poudre, complétement inoffensive, ne constitue qu'un accessoire du traitement. Elle n'agit que sur la lésion locale; mais elle éteint la rougeur sur place. Elle a le double avantage de rafraîchir la partie enflammée et de la mettre à l'abri du contact de l'air. Elle a toujours paru d'une utilité réelle.

L'érysipèle a parcouru ses périodes en un ou deux septenaires au plus. La terminaison a eu lieu généralement par résolution. Une fois, elle s'est effectuée par suppuration, des abcès se sont formés aux paupières; enfin, chez un sujet de vingt-sept ans, il y a eu complication de méningite.

Un individu âgé de trente-neuf ans entre à l'hôpital pour une douleur à l'épaule droite dont il est atteint depuis plusieurs mois. Des ventouses scarifiées, un vésicatoire, des bains, ne déterminent aucun amendement. Sur ces entrefaites, un érysipèle apparaît sur l'épaule malade, et parcourt ensuite toute l'étendue du membre supérieur. La douleur rhumatismale diminue d'abord, puis disparaît. Il a été naturel de conclure que,

par son apparition soudaine, l'érysipèle a opéré une solution favorable de la maladie rhumatismale. Il pouvait, avec juste raison, être considéré comme critique. Le traitement de cette affection, que la saine pratique conseillait de respecter, a été purement hygiénique. Chercher à en brusquer la guérison, c'eût été lutter contre un effort salutaire de la nature, qui se montrait évidemment médicatrice. Le rhumatisme ne s'est plus renouvelé.

Une femme, âgée de trente-deux ans, était venue à l'hôpital pour une fièvre tierce. Déjà le sulfate de quinine avait fait justice de cette maladie, lorsque, le 12 décembre, elle éprouve un frisson très-violent suivi de chaleur. Le 13, la fièvre continue sans rémission. Elle s'accompagne d'une céphalalgie intense, de lassitude générale et de prostration. Le 14, une rougeur érysipélateuse se produit sur le visage, les ganglions sous-maxillaires s'engorgent, la céphalalgie est peu intense; il n'y a pas de délire. Les organes digestifs et respiratoires ne sont le siége d'aucun phénomène morbide. (Saignée du bras de 300 grammes.) Le 15, la réaction générale est moins vive, mais la peau du visage est tendue, rénitente, sensible quand on la touche, légèrement tuméfiée, d'une couleur rose uniforme. (Tartre stibié, 0,15.) Plus tard, le cuir chevelu devient le siége d'une douleur vive et d'une tuméfaction presque œdémateuse. A peine la desquamation est-elle commencée sur les pommettes et le front, que le thorax offre en avant une teinte érythémateuse. L'érysipèle s'établit encore en ce point, puis il se propage aux membres supérieurs et à la paroi abdominale; enfin,

sans laisser sur le ventre aucune trace, il descend aux membres inférieurs. Dans ces dernières pérégrinations, il offre une faible intensité. Mais si les phénomènes locaux sont modérés, il n'en est pas de même des phénomènes généraux. La fièvre présente chaque jour des exacerbations irrégulières; des frissons attestent un nouveau progrès dans la marche de l'érysipèle, le pouls est petit et fréquent, la prostration considérable, parfois la langue tend à se sécher; il y a des rêvasseries. A diverses reprises, des complications du côté du cerveau semblent imminentes. C'est surtout contre l'état général qu'a été dirigé le traitement, qui a eu pour base les préparations de quinquina. La poudre d'amidon, employée largement sur la surface du corps, a considérablement diminué les souffrances que faisait naître l'exanthème. Cet érysipèle peut être rattaché à la variété que les auteurs ont décrite sous le nom d'*érysipèle ambulant,* c'est-à-dire se transportant rapidement d'une partie sur une autre, ou de *successif,* c'est-à-dire de proche en proche. La dénomination d'*érysipèle général* doit être consacrée à celui qui se manifeste simultanément sur une grande étendue de la surface cutanée.

Chez un malade, l'érysipèle s'est développé dans la période ultime d'une fièvre typhoïde; il est devenu une maladie intercurrente, un épiphénomène de la convalescence. Sous quelle influence s'est manifesté cet érysipèle? Il n'était pas le résultat d'une irritation mécanique, d'une plaie, d'une suppuration; il eut la tête pour siége primitif. Son origine était donc obscure. Toutefois, il est possible d'en trouver la cause dans la constitution médicale régnante et dans la débilitation du sujet; l'organisme, épuisé par une longue et grave maladie, ne

possède plus une force de résistance suffisante pour repousser l'action des causes morbifiques. Cette débilitation avait imprimé un caractère particulier à la nature de l'éruption, les phénomènes locaux n'acquirent point d'intensité, la rougeur était peu vive, la tuméfaction peu prononcée et la douleur peu marquée : c'était une souffrance obtuse, sourde et gravative. L'érysipèle, après avoir parcouru la face et le cuir chevelu, vint se terminer à la partie postérieure de la poitrine; il n'avait point provoqué de réactions sympathiques sérieuses; aussi le traitement fut-il fort simple, et consista spécialement en application de poudre de riz sur les surfaces affectées.

Grippe. — Pendant les mois de janvier et février, un certain nombre de sujets ont présenté les phénomènes suivants : fièvre, chaleur vive de la peau, malaise général, douleurs articulaires et musculaires, prostration, céphalalgie intense, coryza, angine, enrouement, toux, expectoration muqueuse plus ou moins abondante, peu de dyspnée; la fièvre durait un ou deux septenaires au plus et se terminait quelquefois par des sueurs. Il s'agissait donc d'une grippe, ou mieux d'une fièvre catarrhale avec laryngo-bronchite comme localisation. Il est arrivé que la phlogose a envahi le parenchyme pulmonaire lui-même. Alors, au lieu de râles sibilants et muqueux, on percevait du souffle tubaire, de la crépitation, et il y avait en ces mêmes points de la matité. Ces pneumonies étaient partielles, très-circonscrites. A une autre époque, elles auraient été appelées latentes; elles se reconnaissaient à l'aide de l'auscultation; les crachats n'étaient nullement caractéristiques.

Phthisie pulmonaire; tubercules dans un seul poumon. — Une pneumonie aiguë, générale ou partielle,

avec ou sans prédisposition individuelle à la phthisie pulmonaire, peut-elle amener la production des tubercules? Broussais, MM. Bouillaud, Piorry, Rilliet et Barthez, considèrent la phthisie comme une terminaison possible d'une inflammation du parenchyme pulmonaire. Le tubercule serait donc le produit d'une phlegmasie. Bayle et Laennec avaient pensé bien différemment. M. Andral, après avoir d'abord soutenu la doctrine de l'inflammation, l'a plus tard abandonnée, et avec MM. Fournet, Louis et Grisolle, il établit qu'il n'y a aucun lien nécessaire entre la production de la matière tuberculeuse et l'existence d'une irritation antécédente, qui amènerait à sa suite une congestion, puis un tubercule.

Le fait suivant peut être présenté comme un argument en faveur de la première de ces opinions :

J. B., âgé de trente-sept ans, domestique, est admis à la clinique le 25 décembre 1859. Il est d'un tempérament sanguin, d'une constitution médiocre; son père est mort d'une apoplexie cérébrale, sa mère d'une lésion organique du cœur. Il vit dans des conditions hygiéniques satisfaisantes, se nourrit assez bien, et son travail est en rapport avec ses forces. Il avait toujours joui d'une excellente santé, lorsqu'il tomba malade en janvier 1858. Il eut une pneumonie droite, pour laquelle il réclama tardivement des soins d'un médecin. Il ne fut pas saigné; on lui mit un vésicatoire sur le côté, et on lui donna le tartre stibié. La convalescence parut commencer après douze jours environ de l'emploi de ce remède; mais s'il faut en croire le récit de B., elle n'était pas franche. L'embonpoint ne revint pas, il y avait une toux presque permanente, parfois de la fièvre, de l'oppression. Au mois de novembre, ces symp-

tômes étant devenus de plus en plus intenses, B. se décida à venir à l'hôpital. On constate l'état suivant :

Amaigrissement général, faiblesse, chaleur sèche de la peau, pouls petit (92 à 100 pulsations); toux fréquente; crachats assez abondants, épais, jaunes verdâtres, puriformes; dyspnée, matité dans tout le côté droit de la poitrine, un peu moindre cependant sous le sein. Sous la clavicule droite, râles muqueux à bulles moyennes, et retentissement considérable de la voix (pectoriloquie). Vers la partie moyenne et à la base, crépitation, point d'égophonie. A gauche, percussion normale et bruit respiratoire naturel. Battements du cœur réguliers. Aucun phénomène morbide du côté des organes digestifs. Huile de foie de morue, Eaux-Bonnes, hypophosphite de soude, tels sont les principaux moyens mis en usage. Néanmoins, les symptômes d'une phthisie pulmonaire se confirment davantage. La toux augmente, la fièvre continue avec une grande tenacité, la maigreur fait des progrès, les forces diminuent, la mort arrive le 20 février 1859.

Nécropsie. — Le poumon droit, à son sommet, adhère à la plèvre costale d'une manière intime. Le lobe supérieur est parsemé de tubercules, les uns ramollis, la plupart durs, arrondis, petits et blanchâtres. Au sommet de ce lobe se trouvent deux excavations assez larges, remplies de matière purulente, tapissées par des fausses membranes. Le lobe inférieur présente une hépatisation grise. Son tissu est compacte, dense, grisâtre; plongé dans l'eau, il ne surnage pas. Le poumon gauche est seulement engoué; on n'y trouve aucun tubercule. Le cœur est à l'état normal. Les organes

renfermés dans la cavité abdominale n'offrent aucune altération.

Ce fait pourrait prouver que la tuberculisation a succédé immédiatement à une pneumonie. En janvier 1858, ce malade est atteint d'une véritable inflammation du poumon droit; celle-ci n'est qu'incomplétement traitée, elle passe à l'état chronique. Le poumon droit, qui seul avait été envahi, devient seul aussi le siége d'une grave dégénérescence. Des tubercules s'y forment, se ramollissent et suppurent. N'y a-t-il pas quelque rapport entre cette altération tuberculeuse et la lésion première de nature inflammatoire? Pourquoi ce siége exclusif de la maladie dans le côté jadis affecté? Pourquoi cette absence complète d'altération dans le poumon gauche?

Rhumatisme guéri par le sulfate de quinine. — Le quinquina fut jadis employé, en Angleterre, contre le rhumatisme; il réussit surtout entre les mains de Richard Morton, Fordyce, Haygarth. En France, c'est M. Briquet qui a introduit le sulfate de quinine dans la thérapeutique de cette maladie. La médication quinique a été depuis lors conseillée avec succès par MM. Andral, Legroux, Trousseau, etc. Quelquefois, administrée aux malades de la Clinique, elle n'avait donné que des mécomptes. Le seul exemple de guérison est le suivant :

Louis D..., âgé de vingt-deux ans, emballeur, domicilié à Bordeaux, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, a été à diverses reprises affecté de fièvre intermittente. Le 15 décembre 1858, après s'être exposé au froid, le corps en sueur,

il fut pris de fièvre, de céphalalgie, de douleurs vives aux genoux, lesquels se tuméfièrent rapidement. Bientôt après, les articulations cubito-humérale droite, radio-carpienne et scapulo-humérale gauches, devinrent le siége d'une douleur vive avec gonflement prononcé. Le mouvement était impossible, la fièvre augmentait chaque jour d'intensité, il y avait de l'insomnie. D... vient à l'hôpital le 16 décembre 1858; il présente l'état suivant :

Chaleur vive de la peau; pouls fréquent, à 104, peu développé; sentiment profond de faiblesse, face colorée, céphalalgie légère; les deux genoux sont tuméfiés, douloureux, surtout lors des mouvements; la peau semble un peu colorée. Les mêmes phénomènes morbides s'observent au coude droit, à l'épaule et au poignet gauches. Il n'y a point de toux. Les battements du cœur un peu forts, mais réguliers, s'accompagnent au premier temps d'un bruit de souffle léger. Appétit naturel, ventre indolent, langue blanche. (Sulfate de quinine, 0,60, les 17 et 18.) 19, nul amendement dans l'état du sujet. Même gonflement des articulations, qui sont toujours immobiles. Le rhumatisme tend même à se généraliser; il affecte aujourd'hui l'épaule et le coude-pied droits. Chaleur vive de la peau, pouls à 100, insomnie. Le sulfate de quinine est donné à la dose de 1 gramme chaque jour, les 20, 21 et 22; il ne détermine aucun phénomène particulier. Le malade n'éprouve pas de céphalalgie ni de vertiges, ni de tintement dans les oreilles; il ne ressent ni colique ni nausées. Le 23, le pouls est tombé à 80 pulsations, les articulations du genou sont moins tuméfiées et moins sensibles, la flexion de

la jambe sur la cuisse s'exécute sans trop de peine. Le sulfate de quinine est continué à la dose de 1 gramme pendant cinq jours consécutivement; il ne produit aucun phénomène toxique, mais il manifeste une action sédative réelle. Sous son influence, le pouls tombe à 60 pulsations, les douleurs et l'empâtement diminuent dans toutes les articulations malades, où la mobilité naturelle reparaît. Les 28 et 29, le sulfate de quinine est encore administré aux doses de 60 et 50 centigrammes, puis on en cesse l'emploi; la guérison est complète. Elle se maintenait encore vers le milieu de janvier, lorsque le malade voulut quitter l'hôpital.

Le rhumatisme dont l'histoire vient d'être rapportée était évidemment aigu, pyrétique, intense et multiple. C'est dans cette variété que le sulfate de quinine réussit le mieux; il échoue le plus ordinairement dans la forme mono-articulaire, apyrétique, et dans l'arthrite blennorrhagique. Il est à remarquer que l'estomac n'a point été troublé par la présence de ce médicament, qu'aucun signe d'irritation ne s'est produit du côté de cet organe. Le système nerveux lui-même n'en en a pas été péniblement impressionné. Le malade n'a éprouvé ni céphalalgie, ni vertige ébrieux, ni sifflement d'oreilles; mais le système circulatoire a été influencé d'une manière favorable, les battements du cœur ont perdu de leur force et de leur intensité, le pouls a diminué de fréquence, la sédation à cet égard a été manifeste; enfin, on ne saurait douter que, dans le cas dont il s'agit, le sulfate de quinine n'ait atténué les symptômes et hâté la résolution du rhumatisme.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL

SANS ACCIDENT POUR LA MÈRE NI POUR L'ENFANT.

Bassin oblique ovalaire; rétrécissement considérable.

Observation recueillie par M. Riquard, 1er interne à l'hôpital Saint-André.

(Clinique Obstétricale. — Service de M. le professeur Rousset.)

Françoise Nougués, âgée de vingt-quatre ans, née à Margaux (Gironde), couturière, d'un tempérament lymphatique, taille 1 mètre 44 centimètres, présente au cou des cicatrices qui annoncent une constitution de nature scrofuleuse. Réglée à seize ans, ses menstrues apparaissent tous les mois; elles sont peu abondantes, durent cinq à six jours, et ne sont précédées ni suivies de douleurs.

Bien conformée à sa naissance, elle ne put marcher seule qu'à seize mois. Jusqu'à l'âge de deux ans, sa santé semblait bonne. Cependant, à cet âge, sans cause appréciable, la colonne vertébrale s'incurva, le membre inférieur gauche parut s'atrophier et s'affaiblit; peu à peu, cette déformation allant toujours croissant, la marche devint difficile et même impossible. Françoise Nougués fut dès lors obligée de garder un long repos, pendant lequel elle reçut des soins fort incomplets. A cinq ans, elle put essayer de nouveau ses pas; mais, malgré le repos de trois ans qu'elle avait observé, la marche était difficile et il y avait une claudication très-manifeste. Cependant, ceux qui l'entouraient s'occupèrent peu de cet état; on la laissa gran-

dir et prendre des forces, et elle resta avec la conformation vicieuse qu'elle présente aujourd'hui.

Primipare, Françoise Nouguès nous dit que ses règles ont disparu sur la fin de juin 1858. Depuis leur disparition, sa santé n'a pas été troublée ; il y a cependant eu quelques vomissements glaireux pendant le premier mois ; mais ces vomissements se sont dissipés d'eux-mêmes, et depuis leur cessation, la marche de la grossesse a été naturelle.

État actuel. — Santé parfaite, respiration facile, pas de trouble du côté des voies digestives, nulle douleur. On est frappé de la difformité qu'elle présente : courbure très-prononcée de la colonne vertébrale au niveau de la région lombaire, la concavité est dirigée à gauche ; à ce niveau, presque demi-rotation des vertèbres dont la face antérieure du corps regarde à gauche et en avant, et dont les apophyses épineuses sont à peu près effacées. Inflexion en sens contraire à la région dorsale. Déformation considérable du thorax : le côté droit est beaucoup plus développé que le côté gauche ; il mesure, des apophyses épineuses au sternum, 47 centimètres, tandis qu'on ne trouve que 41 centimètres pour la portion thoracique gauche. La crête iliaque gauche est élevée, et quoique l'acromion de ce côté soit sur un plan supérieur à celui du côté opposé, on trouve : entre la crête iliaque gauche et l'acromion du même côté 31 centimètres ; côté droit, 36 centimètres. De plus, saillie du grand trochanter gauche, qui est plus élevé que le droit ; enfoncement de la crête iliaque de ce côté, qui va se perdre sous les fausses côtes et se rapproche ainsi de la ligne médiane. Au con-

traire, du côté droit, effacement du grand trochanter, saillie de la crête iliaque. L'ischion droit est sur un plan inférieur à l'ischion gauche. Enfin, en faisant tenir la femme debout contre un mur, on constate que le plan latéral gauche est légèrement dirigé en avant, que le pli inguinal de ce côté est plus élevé que le droit, et que, malgré l'égalité de longueur des deux membres inférieurs, pour que les deux pieds appuient sur le sol, il est nécessaire que la jambe droite soit fléchie sur la cuisse. Le membre inférieur gauche est manifestement moins développé que le droit, bien qu'il présente la même longueur et qu'il n'offre aucun trace d'incurvation ni de renflement anormal des épiphyses.

Une déformation aussi considérable, avec apparence d'aplatissement du bassin d'avant en arrière et de gauche à droite, appela aussitôt l'attention de M. le professeur Rousset sur l'idée d'un rétrécissement du bassin du genre de ceux qu'a décrits Nœgelé. Avertis, en outre, que la grossesse datait déjà de plus de sept mois, nous nous empressâmes de vérifier cette opinion, et, par des mesures exactes prises à deux reprises différentes, nous trouvâmes, pour les divers diamètres indiqués par Nœgelé comme donnant le mieux la forme du bassin oblique-ovalaire, si elle existe, les dimensions suivantes :

	BASSIN RÉTRÉCI.	BASSIN NORMAL.
1° De la tubérosité sciatique gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite..................	0,16	0,17
De la tubérosité sciatique droite à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche..	0,18	

2° De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche à l'épine iliaque antéro-supérieure droite..........	0,205	0,21
De l'épine iliaque postéro-supérieure droite à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche..........	0,18	
3° De l'épine iliaque antéro-supérieure droite au sommet de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire....	0,18	0,17
Du côté opposé..........	0,17	
4° De l'épine iliaque postéro-supérieure gauche au pubis....	0,178	0.17
Du côté opposé..........	0,163	

Ces mesures, prises toutes avec le plus grand soin à l'aide du pelvimètre de Baudelocque, suffisaient, avec les signes extérieurs dont nous avons parlé, pour nous faire croire à un bassin oblique-ovalaire. En effet, d'après M. Danyau, sur un grand nombre de bassins de femmes bien faites, on n'a trouvé, pour les distances ci-dessus mentionnées, aucune ou presque aucune différence entre les deux côtés du même bassin; et au contraire, chaque fois que ces mêmes distances étaient mesurées sur des bassins obliques-ovalaires, on a trouvé des différences de *deux* (rarement moins), jusqu'à *cinq* centimètres. Or, en observant, sur le bassin que nous avions mesuré, des différences entre les points indiqués par Nœgelé, de *deux* et même de *trois* centimètres, et en considérant l'ensemble de ces différences, nous fûmes obligés de reconnaître, indépendamment des signes extérieurs, que le diamètre oblique de gauche à droite et d'avant en arrière était plus petit que celui du côté opposé, ce qui constituait au moins une forme du bassin qui se rapprochait beaucoup de celle du bassin oblique-ovalaire.

Mais ce n'est pas tout. — D'autres mesures, prises avec la même exactitude, nous firent reconnaître que

le bassin qui faisait le sujet de nos recherches, était irrégulier dans bien d'autres diamètres. Pour les distances ci-dessous mentionnées, nous trouvâmes les chiffres suivants, qui, mis en regard avec ceux d'un bassin normal, feront juger des différences :

	BASSIN RÉTRÉCI.	BASSIN NORMAL.
1° De l'épine iliaque antéro-inférieure d'un côté à l'autre..	0,175	0,215
2° *Id.* *id.* supérieure d'un côté à l'autre.	0,18	0,24
3° Du milieu d'une crète iliaque d'un côté à l'autre........	0,21	0 27
4° Du milieu de la base du sacrum au bord sup. du pubis.	0,157	0,19
5° Du sommet d'un ischion à l'autre........	0,08	0,09

Enfin, en examinant par le toucher vaginal la position des branches ascendantes du pubis, nous remarquions d'une manière évidente qu'elles étaient plus rapprochées qu'à l'état normal, et aussi que la droite était plus en avant que la gauche. Du reste, il n'y avait pas une différence marquée dans la distance de l'angle sacro-vertébral au pubis, et l'on ne trouvait aucune tumeur dans le conduit vulvo-vaginal.

Il était donc évident que nous avions affaire à un bassin fort irrégulier et rétréci dans à peu près tous ses diamètres. Dans ces conditions, il y aurait eu imprudence à laisser la grossesse arriver à terme, et on devait songer à provoquer l'accouchement prématuré; c'est ce que fit M. le professeur Rousset. Après s'être assuré, autant que possible, de l'époque de la disparition des règles (fin juin), jugeant par le développement de l'utérus, par l'état du col, etc., que la grossesse datait de huit mois environ, il se décida à provoquer l'accouchement.

Or, pour hâter l'expulsion du fœtus, plusieurs pro-

cédés s'offraient à l'esprit de l'accoucheur; mais parmi ceux-là, il en était que nous ne devions pas songer à employer à cause des inconvénients qu'on leur a généralement reconnus, ou même des dangers auxquels ils exposent sinon la mère, au moins l'enfant. Ainsi, nous mîmes tout de suite de côté l'idée de perforer les membranes, procédé qui compromet, comme il est facile de s'en rendre compte, l'existence du fœtus. Nous ne songeâmes pas davantage au procédé de M. Meismer, qui n'est qu'une modification du premier, et qui consiste, comme on sait, à aller perforer les membranes vers le fond de l'utérus, et cela parce qu'il expose à la lésion des vaisseaux du placenta, qu'on est obligé de décoller, en partie du moins, pour arriver jusqu'au point où la perforation doit être faite. Nous éloignâmes également, provisoirement du moins, l'idée de dilater le col par l'éponge préparée, moyen proposé par Kluge, qui n'a pas les dangers des précédents, mais qui cependant a l'inconvénient, par la nécessité du tamponnement qu'il exige, de devenir pour la femme une cause de souffrances très-vives.

Ces moyens rejetés, il ne restait plus parmi ceux qui ont été proposés pour agir directement sur l'œuf ou la matrice, que les frictions exercées sur le fond et le col de l'utérus, le décollement du segment inférieur de l'œuf, le tamponnement du vagin, les douches utérines. C'est à ce dernier moyen que nous résolûmes d'avoir recours. Cependant, nous étions embarrassés, parce que nous n'avions, pour porter l'eau sur le col utérin, ni une seringue ayant une assez longue canule (procédé de Cohen, de Hambourg), ni l'appareil de Kiwisch,

ni même celui du Dr Eguisier, que M. E. Dubois lui a substitué. Voici alors ce que nous fîmes : nous étant munis d'une seringue ordinaire, mais capable de donner un jet fort et rapide, nous introduisîmes dans le conduit vaginal un spéculum plein. Après avoir ainsi facilement mis à découvert le museau de tanche, il nous fut facile de porter la canule de la seringue, préalablement remplie d'eau froide (température ambiante), dans le champ même du spéculum, et de la diriger vers l'orifice du col. Aidés du spéculum, nous ne faisions rien au hasard, et nous étions sûrs que le jet du liquide allait bien tomber sur le col lui-même. Chaque fois que nous avions vidé la seringue, dont la capacité pouvait être de 400 grammes, nous la remplissions de nouveau, et nous prolongions ainsi nos séances de dix minutes environ. Disons d'abord que ces injections, au dire de la femme elle-même, loin de lui être désagréables, lui faisaient plaisir. Cependant, après la première séance, il ne se produisit rien de nouveau; mais dès la deuxième, pendant laquelle nous nous étions manifestement aperçus qu'une partie de l'eau, fortement poussée sur le col, avait pénétré dans son orifice, puisqu'elle ressortait après par un jet continu et assez fort, les premières douleurs se firent sentir. Pendant les séances suivantes, l'eau, injectée sur le col, allait chaque fois, en dépassant l'orifice interne, décoller une petite portion du segment inférieur de l'œuf; les douleurs augmentaient peu à peu, le col se dilatait. Enfin, après la sixième séance et dans le courant du troisième jour, le travail s'établit définitivement, les douleurs se montrèrent franches, la tête descendit lente-

ment dans l'excavation en position occipito-iliaque gauche antérieure, l'orifice du col s'entr'ouvrit plus largement, et la poche des eaux tomba. Le travail s'arrêta là un instant; puis le col étant convenablement dilaté, la rupture de la poche eut lieu, et la tête se présenta à la vulve deux heures après l'écoulement des eaux amniotiques; vingt-quatre heures après le début du travail, l'accouchement était terminé, et nous avions obtenu une petite fille, fort bien portante et qui promettait une longue vie. On pourra juger de son âge et de sa force par les mesures suivantes, qui furent prises aussitôt après la naissance :

			DIAMÈTRES NORMAUX.
Longueur		0,45	»
Distance des acromions		0,113	»
Diamètre	occipito-mental	0,125	0,135
Id.	occipito-frontal	0,105	0,11
Id.	sous-occipito-bregmatique	0,09	0,095
Id.	bi-pariétal	0,083	0,09 à 0,095
Id.	mento-bregmatique	0,09	0,095

Poids de l'enfant : 2,070 grammes.

Ces dimensions se trouvant toutes au-dessous de la moyenne donnée par les auteurs, nous pourrions en conclure, avec la faiblesse des os du crâne, la distance des pariétaux sur la ligne médiane, et l'étendue des fontanelles, que l'enfant, quoique bien conformé, n'était pas à terme. D'un autre côté, en considérant le degré de rétrécissement du bassin, on conçoit qu'il ait pu, à cet âge, franchir le détroit inférieur, ce qu'il aurait difficilement fait, si, pour son expulsion, l'on avait attendu son développement complet. Nous avions donc tout lieu de nous féliciter de notre détermination. La

mère, d'ailleurs, se portait bien; elle ne souffrait pas, les lochies suivaient leur marche naturelle. Nous n'avions qu'une inquiétude : la montée du lait ne s'effectuait pas, et cependant il était urgent de nourrir l'enfant qui venait de naître. On essaya alors de soutenir ses forces par l'allaitement artificiel; mais, soit que le lait dont on se servait fût peu favorable à la vie du petit être, soit qu'il y eût négligence de la part de celle qui était chargée de lui donner des soins, nous eûmes le regret de voir celui-ci peu à peu dépérir. Quoique né dans les meilleures conditions de santé et avec les signes les plus évidents d'une bonne viabilité, il mourut le cinquième jour, avant l'établissement du lait chez la mère.

Quant à celle-ci, les suites de ses couches furent très-heureuses, nul accident ne survint, et dix jours après l'accouchement elle put rentrer dans sa famile.

Nous n'avons pas à nous occuper de la cause de la déformation que nous avons constatée. Cependant, il y aurait à se demander si elle n'a pas été le résultat du rachitisme, ou bien si elle a succédé à un défaut de nutrition du plan latéral gauche, d'où serait résulté un affaiblissement considérable de ce côté. La première opinion ne serait guère soutenable, à notre avis, surtout si, avec MM. Bouvier et Guérin, l'on admet que le rachitisme commence toujours par les membres inférieurs, et procède ainsi de bas en haut. En effet, il y avait à la vérité atrophie de la jambe et de la cuisse gauches, de l'os iléon, de la portion thoracique de ce côté; mais on ne remarquait point que les tibias et les

fémurs fussent disproportionnés dans leur longueur, ni qu'ils fussent incurvés, ni enfin que leurs épiphyses fussent plus renflées qu'à l'état normal. La femme, d'ailleurs, assurait qu'elle avait toujours eu une grande faiblesse dans le côté gauche, sans qu'elle eût jamais remarqué dans les os des membres la déformation qui caractérise le rachitisme.

Quoi qu'il en soit, le rétrécissement du bassin était évident. Il n'y a pas à s'étonner cependant que l'accouchement ait été assez facile. L'on a vu que les diamètres du fœtus étaient inférieurs à ceux d'un fœtus arrivé à terme, et avec la réduction de la tête, dont les différentes parties n'étaient pas complétement ossifiées, on pouvait, avec la présentation favorable qui s'offrit, espérer une sortie de l'enfant même assez rapide. — De tout cela, il est permis de conclure, ce nous semble, que dans ce cas l'accouchement prématuré était parfaitement indiqué, et que s'il arrivait une seconde grossesse chez la même femme, il y aurait grande imprudence d'attendre, pour l'accouchement, le terme normal.

NOUVELLES RECHERCHES

sur l'émulsionnement des corps gras;

par M. le Dr J. JEANNEL.

Il m'a semblé intéressant d'étudier les conditions du singulier phénomène de l'émulsionnement des corps gras dans l'eau distillée à froid par l'effet de très-petites doses de carbonate alcalin ou de savon, ou par l'effet de l'albumine alcalinisée.

Ce phénomène, à peine entrevu jusqu'à l'époque où j'ai présenté à l'Académie de Médecine, en collaboration de M. Monsel, un Mémoire sur l'émulsionnement (séance du 3 novembre 1857), ce phénomène se rattache évidemment de très-près à la digestion et à l'assimilation des corps gras; mais ce n'est pas à la physiologie seulement qu'il peut offrir des faits utiles, c'est encore à la thérapeutique, à l'hygiène, à la pharmacie.

Le présent travail a pour but de rapporter le résultat de quelques expériences nouvelles, que je rangerai sous les titres suivants :

1° Influence de la dilution sur le phénomène de l'émulsionnement par le savon ou par le carbonate de soude.

2° Énergie comparée du savon et du carbonate de soude considérés comme émulsionnants.

3° Se forme-t-il du savon à froid, lorsqu'une solution très-étendue de carbonate de soude émulsionne une huile grasse?

4° De l'émulsionnement produit par les solutions albumineuses alcalines.

§ I. — *Influence de la dilution sur le phénomène de l'émulsionnement par le savon ou par le carbonate de soude.*

Les expériences dont je vais rendre compte montrent que la solution de savon ou de carbonate de soude à 1 0/0 émulsionne le double de son poids d'huile, et que l'addition de l'eau distillée en excès suffit pour séparer l'huile d'une manière complète.

Exp. n° 1. — J'ai fait le mélange suivant :

Savon blanc desséché.............	5 centigr.
Eau distillée.....................	5 gram.
Huile d'arachides.................	10 »

Par une légère agitation, il s'est produit une émulsion parfaite, qui s'est maintenue à l'air libre sans aucune séparation d'huile pendant 48 heures.

Exp. n° 2. — J'ai fait le mélange suivant :

Savon blanc desséché.............	5 centigr.
Eau distillée.....................	25 gram.
Huile d'arachides.................	10 »

L'émulsion se fait très-bien; mais 24 heures après, quelques grosses gouttes d'huile sont séparées et nagent à la suface.

Exp. n° 3. — J'ai fait le mélange suivant :

Savon blanc desséché.............	5 centigr.
Eau distillée.....................	50 gram.
Huile d'arachides.................	10 »

L'émulsion se fait d'abord très-bien; mais le lendemain, l'eau s'est éclaircie; il existe à la surface une couche crémeuse, blanche, que la moindre agitation répand dans l'eau, d'où elle ne remonte que très-lentement. Au-dessus de la crème on voit une couche d'huile assez épaisse [1].

[1] Toutes les émulsions d'huile par le savon ou le carbonate de soude dans l'eau distillée, abandonnées à l'air libre, finissent par se détruire spontanément au bout d'un temps variable, selon la quantité de savon ou de carbonate de soude qu'elles contiennent, selon la température et l'intensité de la lumière; il se forme, par l'oxydation lente de l'huile, une certaine quantité d'acide gras qui sature l'alcali. Ce qui le prouve, c'est que le

Exp. n° 4. — L'émulsion n° 1 ayant été mêlée et agitée avec 500 grammes d'eau distillée, a été détruite; l'huile pure est venue surnager immédiatement.

La même série d'expériences, répétée en employant 5 centigrammes de carbonate de soude au lieu de 5 centigrammes de savon, a donné des résultats identiques quant à la destruction de l'émulsion par l'eau distillée.

Ces expériences prouvent :

1° Que la dilution suffit pour détruire les émulsions d'huile produites dans l'eau distillée par les petites doses de savon ou de carbonate de soude. (Exp. n° 4.)

2° Subsidiairement, que la solution de savon ou de carbonate de soude à 1 0/0 (Exp. n° 1) émulsionne puissamment le double de son poids d'huile.

§ II. — *Énergie comparée du savon et du carbonate de soude, considérés comme émulsionnants.*

Exp. n° 5. — J'ai fait le mélange suivant :

Savon blanc desséché.............	1	gram.
Eau distillée.....................	50	»
Huile d'arachides................	10	»

Par une légère agitation, il s'est formé sur-le-champ une émulsion parfaite. Au bout de 24 heures, cette émulsion est nettement séparée en deux couches : l'une supérieure, de crème très-blanche, dans laquelle il est

liquide qui ramène au bleu le tournesol rouge, tant que l'émulsion persiste, rougit le tournesol bleu lorsque l'émulsion est détruite; et les émulsions persistent indéfiniment lorsqu'elles sont préservées du contact de l'air.

impossible de reconnaître, à l'œil nu, aucun globule d'huile; l'autre inférieure, presque tout à fait transparente. La moindre agitation suffit pour mêler intimement les deux couches, dont l'ensemble reproduit l'émulsion parfaite.

Exp. n° 6. — J'ai fait le mélange suivant :

Carbonate de soude, résidu de la calcination de 1 gramme de savon blanc desséché, pesant.........	117 milligr.
Eau distillée....................	50 gram.
Huile d'arachides................	10 »

Il s'est formé par l'agitation une émulsion parfaite. Le lendemain, la séparation du liquide en deux couches est beaucoup moins nette, et la couche supérieure de crème est beaucoup moins épaisse que dans l'expérience précédente. Le liquide inférieur est trouble; on voit de nombreux globules d'huile à la surface de la crème, qui offre elle-même une teinte jaune rappelant la couleur de l'huile. Les globules de corps gras qui composent la crème sont visibles à l'œil nu.

Ces deux expériences démontrent clairement que le savon émulsionne l'huile avec beaucoup plus d'énergie que son équivalent chimique de carbonate de soude.

§ III. — *Se forme-t-il du savon à froid lorsqu'une solution très-étendue de carbonate de soude émulsionne une huile grasse?*

On sait que l'eau acquiert la propriété de se couvrir par l'agitation d'une mousse persistante, lorsqu'elle tient en dissolution une quantité, même excessivement

petite, de savon 1/10,000 seulement, d'après MM. Boutron et Boudet, auteurs de l'hydrotimétrie.

Or, ni le carbonate de soude, ni l'huile grasse, ne communiquent à l'eau distillée la propriété de mousser par l'agitation; mais le mélange émulsif de l'huile et d'une solution très-étendue de carbonate de soude, produit, de la manière la plus remarquable, le phénomène de la mousse persistante par l'agitation.

Cette observation m'a conduit à comparer la solution hydrotimétrique de savon, dont deux centimètres cubes et quatre dixièmes équivalent à 1 centigramme de chlorure de calcium, avec une émulsion provenant de quantités déterminées de carbonate de soude, d'huile et d'eau distillée.

Il est évident que si une solution titrée de savon peut servir à analyser une solution de chlorure de calcium, dont la richesse est inconnue, réciproquement une solution titrée de chlorure de calcium peut servir à déterminer la richesse d'une solution de savon. Dans le premier cas, l'essai consiste à chercher le moment où le phénomène de la mousse persistante apparaît sous l'influence de la solution titrée de savon; dans le second, l'essai consiste à rechercher le moment où l'addition de la solution titrée de chlorure de calcium fait disparaître la mousse.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé dans cet ordre d'idées.

Exp. n° 7. — J'ai fait le mélange suivant :

Eau distillée..................	40 gram.
Carbonate de soude desséché ...	15 centigr.
Huile d'arachides.............	2 centim. cub.

Cette émulsion moussant fortement par l'agitation, le phénomène de la mousse a disparu par l'addition de 10 centimètres de solution de chlorure de calcium à $0^{gr}25/1{,}000$.

Mais, d'après MM. Boutron et Boudet, $0^{gr}25$ de chlorure de calcium équivalent à $2^{gr}326$ de savon; par conséquent, la quantité de chlorure de calcium employée dans l'expérience précédente, soit $0^{gr}0025$, équivaut à $0^{gr}0232$ de savon. Ce serait donc cette dernière quantité de savon qui se serait formée. Mais, chose singulière! après qu'on a fait disparaître le phénomène de la mousse par l'addition d'une quantité suffisante de chlorure de calcium, on ne le fait pas reparaître par l'addition du carbonate de soude, même en grand excès; tandis qu'on le fait reparaître par l'addition de l'huile. De plus, la quantité de chlorure de calcium nécessaire pour faire cesser le phénomène de la mousse reste toujours la même, lorsqu'une même quantité d'huile, par exemple 2 centimètres cubes, est émulsionnée par $0^{gr}05$, par $0^{gr}10$, ou par $0^{gr}15$, etc., de carbonate de soude; tandis que si, pour une même quantité de carbonate de soude, on double ou on triple la proportion d'huile, la quantité de chlorure de calcium nécessaire pour faire cesser le phénomène de la mousse devient double ou triple.

Donc, la proportion de savon formée dans une émulsion est en raison de l'excès d'huile mis en présence du carbonate de soude, et les choses se passent comme s'il existait dans l'huile, en très-petites proportions, un corps particulier éminemment saponifiable à froid par les carbonates alcalins en solution étendue.

C'est ce qui expliquerait pourquoi la petite quantité

de sels calcaires existant dans les eaux potables suffit pour rendre impossible le phénomène de l'émulsionnement d'une petite proportion d'huile, même par de très-fortes doses de carbonate de soude; tandis qu'une proportion d'huile beaucoup plus considérable peut être émulsionnée dans les mêmes eaux par de très-petites doses de carbonate alcalin. Par là s'expliquerait aussi la supériorité du savon sur le carbonate de soude, lorsqu'on se sert d'eau commune pour savonner les étoffes, c'est-à-dire pour émulsionner les corps gras dont celles-ci se trouvent imprégnées.

On comprendrait en même temps pourquoi les savonnages s'exécutent beaucoup mieux et plus économiquement dans les lavoirs dont l'eau ne se renouvelle pas souvent. Une fois que les sels calcaires sont précipités, l'eau devient susceptible d'émulsionner d'énormes proportions de corps gras.

S'il ne se forme, par le contact du carbonate de soude et du corps gras, qu'une très-minime proportion de savon qui détermine l'émulsionnement, une très-petite quantité de sel calcaire en dissolution suffit pour précipiter cette petite quantité de savon, et par conséquent pour rendre l'émulsionnement impossible.

On sait depuis longtemps que les eaux calcaires qui ne dissolvent pas le savon deviennent très-bonnes pour les savonnages lorsqu'elles ont été traitées par le carbonate de soude à dose suffisante pour précipiter les sels de chaux; mais ce qu'on n'a pas aperçu, c'est qu'une eau calcaire traitée par un excès de carbonate de soude, 5 à 10 millièmes, puis décantée ou filtrée après quelques heures de repos, acquiert la propriété d'émulsion-

ner les corps gras à froid aussi bien qu'une eau savonneuse.

Cette observation intéressera peut-être les industriels qui emploient le savon pour le dégraissage et le nettoyage du linge et des étoffes; c'est un moyen de remplacer le savon par le carbonate de soude, avec plus de succès qu'on ne le fait généralement.

§ IV. — *Émulsionnement des corps gras par les solutions albumineuses alcalines.*

Dans les émulsions produites par les solutions de savon ou de carbonate de soude, les huiles sont suffisamment divisées pour être facilement absorbées dans l'intestin ou dans le péritoine, ou pour être assimilées lorsqu'on les injecte dans les vaisseaux sanguins [1]; mais l'alcool, ou les acides, ou les sels métalliques solubles, ou même la simple dilution dans un excès d'eau, détruisent ces émulsions.

Les choses ne se passent plus de la même manière lorsque les solutions de savon ou de carbonate, ou même de bi-carbonate de soude, sont additionnées d'albumine. Alors, non-seulement le corps gras se divise en particules excessivement ténues, mais encore il contracte avec l'albumine une sorte de combinaison, et tellement stable, qu'on peut la comparer aux émulsions naturelles, par exemple au lait d'amandes ou au lait de vache. Pour isoler le corps gras, il faut dessécher la

[1] V. *Recherches sur l'absorption et l'assimilation des corps gras émulsionnés, et sur l'action dynamique des sels gras à base de mercure;* par J. Jeannel. Mémoire présenté à l'Académie des Sciences dans la séance du 21 mars 1859.

matière ou la traiter par l'éther sulfurique en grand excès.

La formule suivante donne une émulsion qui imite d'une façon vraiment surprenante l'aspect et même la saveur du lait d'amandes.

Exp. n° 8. — Prenez :

Eau distillée.....................	30 gram.
Carbonate de soude desséché.......	1 décigr.
Blanc d'œuf..........	15 gram.
Huile d'amandes.................	15 »

(Mêlez dans une fiole ; agitez, sucrez et aromatisez à volonté).

La formule suivante donne une émulsion qui imite assez bien la crème du lait de vache.

Exp. n° 9. — Prenez :

Eau distillée....................	25 gram.
Carbonate de soude desséché......	1 décigr.
Blanc d'œuf....................	25 gram.
Beurre frais....................	25 »

(Mêlez dans une fiole, faites chauffer au bain-marie jusqu'à ce que le beurre soit fondu ; agitez).

Cette préparation conservée deux ou trois jours prend l'odeur *suî generis* de la crème de lait. En se putréfiant, elle exhale une forte odeur de vieux fromage.

Ces espèces de combinaisons émulsives laissent voir au microscope le corps gras en molécules sphériques de dimensions diverses. Un grand nombre de ces molécules sont d'un diamètre double ou triple de celui des globules de lait, d'autres sont excessivement petites. L'inégalité de diamètre des globules gras et le volume

de la plupart d'entre eux m'ont paru suffire pour distinguer nettement, sous le microscope, les émulsions albumineuses artificielles des émulsions naturelles (lait de vache, lait d'amandes). Elles se distinguent d'ailleurs par la propriété qu'elles doivent à l'albumine de se coaguler par la chaleur.

Lorsqu'une émulsion de cette nature est traitée par un grand excès d'eau, la combinaison d'huile et d'albumine se sépare nettement, et se rassemble à la surface au bout de quelques heures, sous la forme d'une couche crémeuse éminemment nuisible à l'eau. La putréfaction même ne fait pas reparaître le corps gras isolé.

J'ai répété les mêmes expériences en mettant en présence les mêmes proportions d'eau, d'albumine et de corps gras sans addition de carbonate de soude; l'émulsion se fait, mais la combinaison est moins énergique, et une partie du corps gras reparaît au bout de quelques heures, si la crème reste exposée à l'air.

Lorsqu'une émulsion albumineuse alcaline a été traitée par une substance susceptible de coaguler l'albumine comme un acide puissant ou l'alcool en excès, le corps gras ne se sépare pas, ainsi que je l'ai déjà dit. La crème se rassemble à la surface au bout d'un certain temps, comme si aucun réactif n'était intervenu. Mais cette crème, examinée au microscope, ne montre plus de globules sphériques; elle offre des molécules irrégulièrement anguleuses, enchevêtrées, comme si le corps gras adhérait à un réseau d'albumine à demi coagulée.

Les émulsions albumineuses alcalines ne sont donc pas moins *persistantes* que celles qui sont dues au suc pancréatique lui-même. Sans prétendre démontrer par

là que le suc pancréatique n'est qu'une solution albumineuse alcaline, je crois pouvoir affirmer qu'une solution albumineuse alcaline émulsionne les corps gras de manière à en préparer la digestion et l'assimilation, comme s'ils avaient subi l'action du suc pancréatique lui-même [1].

Je pense que la thérapeutique et la pharmacie pourront tirer parti de ces observations pour l'administration des corps gras. Du reste, l'art culinaire a su découvrir empiriquement les avantages des combinaisons de corps gras et d'albumine. Ces combinaisons, très-agréables au goût, qui font la base de la plupart des sauces et des gâteaux, sont universellement recherchées, sans doute parce qu'elles offrent à l'organisme les corps gras dans un état d'émulsionnement qui imite l'action digestive de l'intestin, et que ne peuvent détruire les sucs acides de l'estomac.

Mes expériences démontrent qu'en ajoutant à ces préparations culinaires une faible proportion de carbonate de soude, on obtiendrait l'émulsionnement le plus parfait et le plus stable; le suc gastrique n'en séparerait pas plus les corps gras qu'il ne les sépare du lait de vache ou du lait d'amandes, et les corps gras se trouveraient ingérés dans les conditions les plus favorables à leur digestion parfaite.

CONCLUSIONS.

1° La dilution suffit pour détruire les émulsions

[1] Voyez contre cette opinion : Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme*, t. II, p. 346.



d'huile produite dans l'eau distillée par les petites doses de savon ou de carbonate de soude.

2° La solution de savon ou de carbonate de soude à 1 0/0 émulsionne le double de son poids d'huile.

3° Le savon émulsionne les corps gras avec beaucoup plus d'énergie que son équivalent chimique de carbonate de soude.

4° Dans l'émulsion produite par la solution de carbonate de soude, les choses se passent comme s'il existait dans l'huile, en très-petites proportions, un corps particulier éminemment saponifiable à froid par le sel alcalin. C'est pourquoi la petite quantité de sels calcaires existant dans les eaux potables suffit pour empêcher l'émulsionnement d'une petite proportion d'huile, même par de fortes doses de carbonate de soude; tandis qu'une proportion d'huile beaucoup plus considérable s'émulsionne aisément dans les mêmes eaux par de très-petites doses de carbonate alcalin.

5° Une eau calcaire traitée par un excès de carbonate de soude (5 à 10 millièmes), décantée ou filtrée après quelques heures de repos, acquiert la propriété d'émulsionner les corps gras à froid aussi bien qu'une eau savonneuse. Peut-être cette observation permettra-t-elle de remplacer le savon par le carbonate de soude avec plus de succès qu'on ne le fait généralement.

6° Les émulsions des corps gras produites par les solutions albumineuses alcalines ont l'aspect et la saveur des émulsions naturelles; elles sont aussi *persistantes,* elles résistent comme elles à la dilution, à la putréfaction, à l'action des acides, de l'alcool et des solutions métalliques.

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

Hygiène des professions. — Maladies des menuisiers et des ébénistes; par M. le Dr Koblank. — Il existe à Berlin une Association générale de Secours mutuels pour les ouvriers, composée de quarante mille membres, et subdivisée en autant de sociétés particulières qu'il y a de corps d'état. Une pareille organisation et un tel chiffre offrent assurément des matériaux précieux pour savoir dans quelles proportions les maladies frappent les différents métiers. C'est ce qu'a senti M. le Dr Koblank, médecin des tribunaux, et un des médecins de l'Association. Ce confrère, déjà avantageusement connu par des travaux de médecine légale, a fait le relevé des 65,440 cas de maladies qui ont été traités au sein de l'Association pendant les années 1853-54-55. Voici comment ils se distribuent entre les professions qui y sont représentées.

Sur cent membres, les coiffeurs ont fourni chaque année, 24 malades; les bouchers, 31; les paveurs, 34; les ramoneurs, 38; les mégissiers, 39; les barbiers-perruquiers, 40; les maçons, 41; les couvreurs, 43; les tondeurs de drap, 44; les ouvriers peigniers, 46; les tourneurs, 48; les brossiers, 50; les tanneurs, 50; les doreurs, 52; les peintres en voitures, 52; les fondeurs en cuivre, 53; les teinturiers, 54; les tailleurs de limes, 54; les ouvriers des fabriques de drap, 54; les taillandiers, 54; les chaudronniers, 55; les charpentiers de navires, 55; les charrons, 56; les vitriers, 57; les peintres en décors ou en bâtiments, 57; les peintres en modèles de broderies, 57; les gantiers, 58; les pelletiers, 58; les ferblantiers, 60; les tailleurs d'habits, 60; les potiers d'étain, 60; les chapeliers, 62; les serruriers, 62; les orfèvres, 63; les selliers-ceinturonniers, 63; les menuisiers et les ébénistes, 64; les horlogers, 64; les imprimeurs-lithographes, 65; les fabricants de pains d'épices, 67; les passementiers, 68; les couteliers, 68; les selliers et les bourreliers, 70; les tisserands, 70; les ouvriers en soie, 71; les tonneliers, 72; les puisatiers, 72; les cordonniers, 74; les tailleurs

de pierres, 87; les relieurs, 92; les ouvriers des fabriques de cigarres, 119; les ouvriers des constructeurs de machines, 129; les cloutiers, 151.

Les registres de l'Association générale, tenus pendant un grand nombre d'années, ont confirmé ces chiffres, et le Dr Koblank en déduit cette conclusion, que tous les ouvriers qui travaillent au grand air sont moins atteints de maladies que ceux qui travaillent dans l'intérieur des habitations. C'est là, dit l'auteur, un résultat inattendu; car on devrait supposer *à priori* que, sous un climat comme celui de Berlin, où les variations de la température sont incessantes, des hommes qui se livrent à des travaux pénibles, et sont par cela même dans un état de transpiration presque continue, devraient être particulièrement sujets à toutes les affections morbides, causées par des refroidissements.

Cette loi de la prééminence des métiers qui s'exercent dehors, M. Koblank me paraît l'avoir formulée d'une manière trop absolue, dominé qu'il était peut-être par des opinions systématiques; car les ouvriers des fabriques de drap, les peigniers, les tourneurs, et d'autres encore, ne se trouvent certainement pas dans la catégorie qu'il considère comme privilégiée, et pourtant ils tiennent presque le haut de l'échelle dressée par lui; comme, d'autre part, on ne voit pas bien quelle différence existe, sous le rapport indiqué, entre les coiffeurs et les perruquiers-barbiers. Il est évident que d'autres éléments que celui du milieu où l'on travaille doivent être interrogés pour la solution d'un problème aussi complexe: tels sont l'attitude habituelle du corps, la plus ou moins grande dépense de forces, et peut-être, plus que toute autre circonstance, le degré d'aisance que procure chaque état, en permettant une habitation plus ou moins saine, une alimentation plus ou moins substantielle, etc., etc.

Quoi qu'il en soit, les recherches du Dr Koblank mériteraient d'être complétées par l'indication des classes de maladies auxquelles chaque métier a payé tribut, ou du moins par un relevé de la mortalité dans chacun d'eux.

Ce travail, l'auteur l'a fait lui-même pour l'importante profession des menuisiers. Cette industrie occupe une place consi-

dérable à Berlin ; les ouvriers proprement dits y sont au nombre de quatre mille, et si l'on y ajoute les maîtres et les apprentis, on n'exagère pas, dit-il, en avançant qu'un habitant sur cent est un menuisier.

Ces proportions ne sont guère moindres à Paris : il y a dans cette capitale 1,012 entrepreneurs ou fabricants (termes officiels, pour désigner tout industriel occupant et payant directement un ou plusieurs ouvriers, et équivalents de celui de *maître*, usité dans les anciennes corporations, et conservé en Allemagne) de menuiserie en bâtiments, avec 8,134 ouvriers ou apprentis; et 1,831 entrepreneurs ébénistes, avec 9,046 ouvriers, auxquels il faut ajouter 71 entrepreneurs ébénistes parqueteurs, rampistes ou treillageurs, avec 333 ouvriers [1].

Ces chiffres disent assez haut combien il y a d'intérêt partout à étudier les maladies auxquelles sont particulièrement sujets ces milliers d'hommes. Interrogeons donc rapidement, sur cette matière, les principales littératures médicales.

Dans l'ouvrage classique, quoique aujourd'hui vieilli, mais toujours consulté, de Ramazzini, on chercherait en vain un chapitre consacré aux menuisiers; il n'y en a pas, ni dans les deux premières éditions [2], ni même dans celle de 1713, quoiqu'elle renferme un *Supplementum* de douze chapitres, c'est-à-dire l'histoire médicale de douze professions de plus que les précédentes éditions [3]. Ce serait toutefois une erreur de croire que le célèbre auteur ait entièrement négligé cette partie de son sujet. Au chapitre XXXII des premières éditions, et au chapitre XXIX de la troisième, intitulé : *De morbis, quibus tentari solent statarii artifices,* figurent en première ligne les *fabri lignarii.* Les traducteurs français de l'ouvrage en question, Fourcroy et, d'après lui, M. Patissier, ont rendu ces mots par celui de menuisier. A cela, je n'ai rien à objecter, quoique Cicéron ait ainsi appelé les charpentiers, Horace tantôt ceux-ci, tantôt les menuisiers, que saint Jérôme, dont on connaît la bonne latinité, ait encore ajouté

[1] *Statistique de l'industrie à Paris, résultant de l'enquête faite par la Chambre de Commerce.* Paris, 1851. 4. 2e groupe, et pages 91 et 92.

[2] *De morbis artificum diatriba.* Mutinæ, 1700. 8.; et Ultrajecti, 1703. 8.

[3] Voy. également : *Opera omnia.* Genevæ, 1717. 4.

à cette homonymie les bûcherons, et que les érudits eux-mêmes soient incertains sur le sens attaché à cette locution par Tite-Live. Je me hâte de dire qu'en dernier lieu un auteur spécial, Pallade, agronome romain du Ve siècle, en a fixé le sens : c'est bien aux menuisiers, et à eux seuls, qu'il l'applique. — Mais je dois avertir que Ramazzini a un chapitre spécial, intitulé : *De lignariorum morbis* (le sixième du *Supplementum*), et que très-certainement les menuisiers n'y sont pas compris. N'est-ce pas parce qu'il en avait déjà traité antérieurement? C'est probable, et cela justifie la traduction de Fourcroy. Un autre fait important vient à l'appui de celle-ci : les observations faites par Ramazzini à l'égard des *fabri lignarii* se trouvent en partie confirmées par celles du médecin de Berlin, dont j'analyse ici le travail, et qui du reste ne paraît pas les avoir connues.

Quoi qu'il en soit, voici les principaux passages de l'auteur italien : *Artes ergo statariæ suos artifices varicibus potissimum obnoxios habent; ob motum enim tonicum musculorum, tum fluentis, tum refluentis sanguinis cursus retardatur, unde in crurum venis ac valvulis restagnat, ac tumescentias illas officit, quas varices appellant* [1]. *Ulcera quoque in cruribus, articulorum imbecillitatem, nephriticas passiones, sanguinis mictum* [2]. Il discute ensuite, selon les principes de Borelli, l'iatromathématicien, le mécanisme par lequel s'opèrent les varices, ajoute quelques digressions historiques et littéraires, qui ne manquent pas d'intérêt, et continue ainsi : *Qui ergo statariis artibus addicti sunt, quotiescunque se offerat occasio, continuam stationem interrumpant, vel paululum sedendo, vel deambulando, vel quomodolibet corpus movendo* [3]. — *Frictiones humidæ, fomenta, balnea.* Pour le traitement des varices et des autres affections signalées par lui, il renvoie aux ouvrages de médecine pratique.

Fourcroy, dans sa traduction, n'a rien ajouté à ce chapitre [4].

[1] *De morb. art. diatr.*, page 231 et 232. Édit. 1703. — Et *Op. omn.*, page 597.

[2] *L. c.*, page 233.

[3] *L. c.*, page 236.

[4] *Essai sur les maladies des artisans*, Traduct. du latin. Édit. de l'*Encyclopédie des Sciences médicales*, page 111.

Il place les menuisiers dans le sixième ordre de la deuxième classe de la classification nouvelle, qu'il propose; cette classe traite des maladies causées par la station trop longtemps continuée [1].

M. Patissier a mentionné à part les menuisiers et les ébénistes, en les réunissant aux autres ouvriers en bois. Voici tout ce qu'il dit de ceux-là en particulier : « La profession de menuisier expose à peu de maladies; elle est même salubre aux individus faibles, parce qu'elle développe les forces musculaires. L'état de menuisier, dit J.-J. Rousseau dans son *Émile*, est propre et utile; il tient suffisamment le corps en haleine, il exige de l'ouvrier de l'adresse et de l'industrie [2].

Buchan, ainsi que son traducteur et commentateur Duplanil, ont omis les menuisiers parmi les nombreux artisans, sur lesquels ils ont écrit [3].

Il en est de même du travail instructif de Mérat sur les maladies des artisans [4].

Sans être adressés spécialement à la catégorie d'artisans dont nous nous occupons ici, les conseils judicieux que M. le professeur Rostan établit pour les professions qui exigent un violent exercice musculaire, peuvent leur être utilement appliqués [5].

Un autre hygiéniste éminent, M. le docteur Michel Lévy, attache peu de valeur aux remarques de Ramazzini sur ce point. « On n'a pas encore apprécié, à l'aide de la statistique, — dit le savant directeur du Val-de-Grâce, — les effets réels de certaines attitudes vicieuses; on a bien dit que les métiers à station verticale donnent naissance aux varices, aux œdèmes, aux ulcères des jambes, à la faiblesse articulaire, aux douleurs néphrétiques communes, dit Ramazzini, aux gentilshommes de la cour d'Espagne, où il n'y a aucun siége, etc.; mais ce ne sont là qu'assertions d'auteurs, d'ailleurs recommandables, sans

[1] *O. c.*, page 15.

[2] *Traité des Maladies des artisans*, page 326. Paris, 1822.

[3] *Médecine domestique*, 4e édit., tome I, chap. II. Paris, 1785.

[4] *Dictionnaire des Sciences médicales* en 60 vol. Tome XXX, pages 209 et suivantes.

[5] *Cours élémentaire d'hygiène*, t. II, pages 408 à 411. 2e édit. 1828.

preuves à l'appui [1]. » Puisse l'esprit sévère qui a dicté ces lignes, trouver dans les études du médecin allemand, analysées ici, les garanties qu'il exige à bon droit : résultant d'observations faites sur une échelle considérable, ce travail me paraît avoir l'autorité des grands nombres.

Dans la collection entière des *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale,* il n'est fait mention des menuisiers qu'une seule fois, et cette mention a exclusivement trait à la médecine légale. On sait qu'un observateur aussi sagace qu'infatigable, M. le professeur A. Tardieu, a, de nos jours et du premier jet, admirablement élucidé une question qui jusque-là avait à peine été entrevue. Il a retracé les modifications physiques que produit à la longue l'exercice de certaines professions, et dont la connaissance exacte peut efficacement aider à faire découvrir l'identité d'un individu; des causes célèbres, auxquelles se rattachent glorieusement les noms de Louis et de Dupuytren, ont mis hors de doute l'importance que peuvent acquérir des recherches de cette nature. Dans ce Mémoire, M. Tardieu a traité séparément des ébénistes et des menuisiers, tout en reconnaissant plusieurs caractères communs aux uns et aux autres, et en les plaçant dans la première des trois catégories qu'il a établies; c'est celle qui offre des signes à la fois certains et constants [2]. Je reviendrai sur ce point de vue.

Dans un ouvrage qui fait autorité en Angleterre, je lis que « les menuisiers, charpentiers et charrons, ne paraissent subir aucun dommage par leurs occupations respectives [3]. »

Joh. Wilhelm. Tralles a souvent vu les menuisiers, maçons, etc., atteints de varices [4].

[1] *Traité d'Hygiène publique et privée,* t. II, page 732. 1845.

[2] *Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale,* 1849, tome XLII, pages 407 et 411.

[3] C. Turner Thackrah, *The effects of arts, trades and professions — on health and longevity,* c'est-à-dire : *Les effets des industries, métiers et professions, ainsi que des habitudes, sur la santé et la durée de la vie,* page 17, 2e édit. London, 1832.

[4] *De praeservandis artificum et opificum morbis,* page 29. Halae Magdeburg., 1745. 4.

L'auteur d'une autre dissertation allemande, que j'ai sous les yeux, n'entre dans aucun détail relatif à notre sujet [1].

Dans une assez bonne Encyclopédie allemande d'hygiène publique et de médecine légale on lit ceci : « Les menuisiers deviennent fréquemment malades par suite des mouvements, bornés à un seul côté du corps, tels qu'ils ont lieu à l'établi; par le froid et les courants d'air, ou bien parce qu'ils soulèvent de lourds fardeaux [2]. »

On le voit, j'ai ainsi constaté l'état imparfait de la science en ce qui concerne l'hygiène et la pathologie des menuisiers, et l'on doit savoir gré à M. le Dr Koblank d'avoir comblé une pareille lacune. Il l'a fait d'une manière remarquable.

Le corps d'état qui nous occupe, se divise en deux grandes fractions distinctes : les ébénistes, avec quelques spécialités qui sont sans intérêt pour le médecin, et les menuisiers en bâtiments, qui sont de beaucoup les moins nombreux. D'après le principe énoncé plus haut, ceux-ci devraient de préférence jouir d'une bonne santé, car ils séjournent beaucoup en plein air. Il n'en est cependant pas ainsi, et l'auteur explique cette apparente contradiction par la nécessité où ils sont de préparer leurs ouvrages dans les ateliers, avant d'en opérer la pose dans les bâtisses. Lorsqu'ils viennent travailler à celles-ci, ouvertes à tous les vents, ils sont donc loin d'être aguerris contre les intempéries de l'air, et ils perdent ainsi le privilége de cette sorte d'immunité, acquise à d'autres professions analogues à la leur, comme celle des charpentiers, etc.

Le travail de la menuiserie développe notablement les muscles des extrémités supérieures et des extrémités inférieures, surtout de ces dernières ; car il est presque constamment exécuté debout, et oblige l'ouvrier à raidir vigoureusement ces muscles, afin de maintenir l'équilibre du corps contre les continuels mouvements de va-et-vient de sa partie supérieure. L'usage

[1] *De morbis laboriosorum chronicis, auctore Christoph. Frider. Otto.* Halae Magdeb. 1745. 4.

[2] G.-F. Most, *Ausuehrliche Encyclopaedie der gesammten Staatsarznei-Kunde*, tome III, page 164. Leipzig, 1810. 8.

des vêtements amples, d'une sorte d'habillement négligé, vient encore ajouter aux bons effets de cette attitude. Aussi, les menuisiers sont-ils, pour la plupart, assez grands et bien proportionnés; ils offrent très-peu d'exemples de difformités de la colonne vertébrale, du sternum, des pieds, ou de ces arrêts de la croissance, si fréquents dans d'autres professions.

L'intelligence aussi est généralement bien développée chez eux. Pour l'ouvrier ordinaire, le salaire est insuffisant (neuf francs par semaine); mais il le voit monter jusqu'au double, lorsqu'il est devenu plus habile. Cette différence l'excite à employer utilement ses heures de loisir, et de bons géomètres, dessinateurs, modeleurs et sculpteurs ne sont pas rares parmi ces hommes. Leur physionomie, comme leur tenue et leur langage, portent l'empreinte de ce niveau intellectuel assez élevé. — La vision est très-bonne chez eux, l'œil étant habitué de bonne heure à regarder avec précision; la myopie, si commune parmi les tailleurs et les cordonniers, est rare. Toutefois, M. Koblank et ses collègues ont fait la remarque que les affections des yeux sont devenues beaucoup plus fréquentes parmi les artisans depuis qu'on a introduit l'éclairage au gaz dans la plupart des grands ateliers. Ce qui paraît venir à l'appui de cette donnée étiologique, c'est que ces troubles de la vision s'observent surtout l'hiver, à l'époque des longues veillées. L'auteur demande qu'on rende obligatoire une installation qui empêche la lumière du gaz de vaciller et d'être lancée par saccades.

La chevelure est presque toujours remarquablement abondante chez les menuisiers, ce que notre confrère attribue à la nécessité où ils sont de beaucoup la nettoyer et la peigner à cause de la poussière de bois qui la salit sans cesse.

Mais cette poussière est très nuisible à leurs organes respiratoires. « Ce n'est pas qu'elle puisse pénétrer dans les poumons, dit M. Koblank, car malgré les opinions contraires, qui ont été émises à ce sujet, cela me paraît très-peu vraisemblable à cause de la structure du pharynx ; cette poussière vicie l'atmosphère et diminue la quantité de l'air pur et respirable. Il résulte de là que les angines, les bronchites, les pneumonies, et, dans certaines conditions, les tubercules, sont fréquents parmi les

menuisiers; ils s'exposent, d'ailleurs, beaucoup aux refroidissements, en quittant, légèrement vêtus, l'atelier, pour préparer la colle, etc. »

Voici comment se répartissaient les 5,989 cas de maladies qu'ils ont offerts pendant les années 1856 et 1857 : Bronchites et catarrhes, 670; rhumatismes, 596; diarrhées, 580; maladies chirurgicales, 565; blessures, 550, dont 38 graves; panaris, 355; maladies de la peau, 241; angines, 228; syphilis, 219; inflammations (?), 201; tubercules, 178; furoncles, 164; maladies des yeux, 144; hémorrhoïdes, 123; fièvres intermittentes, 87; maladies nerveuses (?), 75; gale, 42; fièvres typhoïdes, 41; hydropisies, 20; dysenteries, 19; maladies organiques du cœur, 11; intoxications, 5; delirium tremens, 4; choléra, 2. — J'ai forcément dû transcrire ce relevé tel quel; mais je me permettrai de faire observer qu'il est tout à fait insuffisant au point de vue scientifique; que peuvent apprendre, en effet, des désignations telles que : maladies chirurgicales, maladies de la peau, etc.? Il n'est même pas dit, pour ces dernières, comment se sont répartis les exanthèmes aigus et les dermatoses chroniques : distinction capitale pourtant! L'auteur paraît lui-même avoir senti cette imperfection; il s'en excuse, en disant que cette nomenclature a été adoptée au sein de l'Association, pour ne pas trop compliquer les tableaux. Je répondrai que pour le caissier elle est encore trop riche; il lui suffit de savoir le nombre des jours de maladies, pour lesquels il a des secours à solder; il doit peu se préoccuper du diagnostic, même le moins savant. Mais une agglomération de quarante mille individus, soumise à l'observation médicale régulièrement organisée, constitue une mine trop riche pour que la science puisse ne pas revendiquer ses droits sur elle, et nos honorés confrères de Berlin sont trop dévoués à notre art pour vouloir lui refuser le sacrifice du temps qu'exigerait la tenue de registres plus complets. C'est dans cette conviction que je leur adresse cet humble appel.

Parmi les affections chirurgicales, les panaris dominent; ils figurent pour 6 0/0 dans le nombre total des maladies. Ce résultat n'a rien d'étonnant, si l'on réfléchit que le mouvement incessant, et se faisant par secousses, du rabot, est très-propre à

déterminer des contusions des tendons. D'autres fois, ceux-ci, particulièrement le grand abducteur et le petit extenseur du pouce, deviennent le siége d'exsudations inflammatoires par suite du travail de la scie. Ces exsudations sont accompagnées de tuméfaction, de vives douleurs, et d'une crépitation intense; un observateur peu exercé peut prendre cet état pour une fracture de l'os.

Les hernies ne sont pas rares. Mais l'affection la plus commune, c'est la dilatation variqueuse des veines aux extrémités inférieures; plus d'un tiers des menuisiers est atteint de varices. Il n'est pas rare de voir, notamment dans la région du genou, des tumeurs du volume du poing, et vers lesquelles serpentent des cordons variqueux, gros comme le doigt. A ces lésions se rattachent des varicocèles et des ulcères variqueux. Rien n'est plus fréquent que ces derniers : beaucoup d'ouvriers, âgés de vingt ans à peine, et, d'ailleurs, très-bien portants et robustes, en sont atteints et présentent les formes les plus graves. Il est néanmoins assez facile de prévenir ces désorganisations des tissus : l'usage d'un bas lacé ou (ce qui est mieux supporté) d'une bande appliquée méthodiquement, la précaution d'étendre les jambes de temps en temps, l'emploi, enfin, d'une solution de nitrate d'argent (25 centigrammes sur 30 grammes d'eau), suffisent le plus souvent. Déjà, chez les apprentis, on devrait porter quelque attention sur l'état des pieds et des jambes, et engager ces jeunes gens à choisir une autre profession, dans les cas où l'on constaterait une prédisposition marquée aux varices.

L'extrême fréquence des panaris (et de leurs cicatrices), des varices volumineuses et des ulcères variqueux ne mériterait-t-elle pas aussi d'être signalée aux médecins légistes? L'existence simultanée de plusieurs de ces lésions chez une même personne, pourrait fournir quelque indice utile pour mettre sur la voie de l'état qu'elle exerce, et, conséquemment, sur son identité.

Quant à la mortalité, elle offre des proportions extraordinairement favorables. Pendant les deux années 1856 et 1857, il n'y eut que 40 décès par phthisie pulmonaire, quoique 178 individus fussent traités pour des tubercules. Il n'y eut, en outre, que

29 décès ; ils étaient causés par les maladies suivantes : affections cérébrales, 6 ; fièvres typhoïdes, 6 ; hydropisies, 3 ; marasme sénile, 2 ; pneumonie, entérite, apoplexie pulmonaire, apoplexie du cœur, scrofules, commotion cérébrale, amputation du pied, cancer des lèvres, abcès aux lèvres, suppuration du bras, et délire (?), de chaque 1 cas. Au total, sur 100 malades, il y eut 1,15 décès : résultat éminemment satisfaisant ; il faut, toutefois, se rappeler que ces chiffres sont empruntés à une Association d'ouvriers proprement dits, ou de compagnons, c'est-à-dire composés presque exclusivement d'hommes dans la force de l'âge.

(*Henke's Zeitschrift fuer die Staats-Arzneikunde*, 39e année, 1re livraison trimestr., 1859).

Tel est le résumé succinct, mais fidèle, du travail de M. le Dr Koblank. Je n'ai pas craint de le faire si étendu ; sur une matière non encore traitée ailleurs, à quoi pourraient servir des notions vagues et tronquées ? Il me reste maintenant à compléter cette étude par ce que mon expérience personnelle m'a appris à ce sujet. Elle est assez étendue, et le lecteur trouvera ainsi dans l'ensemble de ces pages une petite monographie sur l'hygiène et la pathologie d'une profession intéressante.

Chargé périodiquement du service des consultations gratuites et des admissions à l'hôpital Saint-André, je me suis fait une loi d'inscrire sur un registre tous les cas, sans exception, qui s'y présentent. Le chiffre mensuel des malades qui viennent consulter s'élève, en moyenne, à près de mille ; il va sans dire que les artisans en fournissent la plus grande partie, et le cabinet des consultations ressemble à une ambulance où ces soldats du travail accourent, à chaque instant, avec les blessures reçues sur leurs pacifiques champs de bataille.

Il ressort de mes Notes que ce sont des accidents de cette nature qui y amènent le plus souvent les menuisiers. En outre de très-nombreux panaris, j'y ai vu surtout des phlegmons sous-aponévrotiques de la paume de la main. Le diagnostic de ces lésions n'est pas toujours facile. Les callosités non moins épaisses qu'étendues, que cette région présente chez tous les

menuisiers, s'opposent à ce qu'on y perçoive de la fluctuation; et, d'autre part, on se tromperait plus d'une fois, si l'on prenait toute vive douleur à la face palmaire pour l'indice d'un dépôt de pus. Il m'est arrivé de guérir presque instantanément ces douleurs, en enlevant par couches ces productions cornées, et en faisant cesser ainsi la compression exercée par elles sur des rameaux ou des plexus nerveux. Dans plusieurs circonstances, les abcès profonds, dont je parle, étaient produits par des éclats de bois, dont le blessé ignorait l'existence, quoiqu'ils fussent assez gros. Inutile de dire que l'incision est le remède par excellence, quelle que soit la cause de la suppuration.

J'ai vu des abcès au talon; plus fréquemment encore des périostéites et des ostéites au genou, au pied, des hygromas, deux fois de vives douleurs dans l'articulation scapulo-humérale, qui, tout en simulant des arthrites rhumatismales, m'ont paru provenir uniquement des violents et continuels mouvements du bras chez des sujets débiles. Toutes ces affections s'observaient, d'ailleurs, généralement chez de jeunes apprentis. — Quant aux varices, j'en trouve peu d'observations consignées sur mes notes; faut-il en conclure que cette infirmité soit moins commune que ne l'ont dit Ramazzini et le Dr Koblank? Je crois plutôt que dans la grande majorité des cas elle ne paraît pas assez grave aux ouvriers, peu soigneux d'habitude, pour qu'ils veuillent s'en faire traiter. Lorsque le mal a fait de grands progrès, et qu'il s'agit de paquets volumineux ou de larges ulcères variqueux, c'est dans les salles même de l'hôpital qu'on les trouve.

Les congestions cérébrales sont assez fréquentes. Enfin, pour rendre hommage à la vérité, je dois dire que les menuisiers fournissent à la Clinique ambulatoire, dont je rends compte, un contingent considérable de blennorrhagies, de bubons, et des formes les plus graves de la syphilis.

M. Borchard.

ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

Par décret impérial, en date du 27 avril 1859, M. le Dr Artaud a été nommé président de l'Association des Médecins du département de la Gironde.

M. le Dr Artaud avait été porté le premier sur la liste de trois candidats, formée à la majorité des suffrages par les médecins adhérents à l'Association, dans la réunion préparatoire du 30 janvier dernier.

MM. les Drs Mabit et Froin, dont les noms complétaient la liste des trois candidats pour la présidence, deviennent définitivement vice-présidents.

Une assemblée générale des adhérents aura lieu dans un bref délai pour l'exécution de l'art. 4 du Règlement, ainsi conçu :

« Art. 4. — Les sociétaires sont admis en assemblée générale, au scrutin et à la majorité, sur la présentation du Bureau. »

Une lettre de convocation sera adressée prochainement aux signataires de l'acte d'adhésion.

— Nous rappelons à nos lecteurs que les adhésions doivent être adressées à M. le Dr Jeannel, secrétaire-général de l'Association des Médecins de la Gironde, rue des Trois-Conils, n° 55, à Bordeaux.

CHRONIQUE.

Concours pour la place de chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Comme nous l'avions annoncé, ce Concours vient d'avoir lieu et de se terminer à l'instant (18 mai). Faut-il regretter qu'un seul candidat y ait pris part? Oui, sans doute, dans l'intérêt du combattant; car il nous semble difficile qu'il n'eût pas triomphé, et il en aurait eu plus de gloire. M. le Dr Oré s'était seul fait inscrire.

Ce n'est pas le moment de rechercher les causes de cet isolement, qu'on a vu trop souvent à Bordeaux; mais la fonction, pour n'avoir été recherchée que par un seul, n'en sera pas moins bien remplie. On peut en avoir pour garant la valeur des épreuves.

Dans la première, dissertation orale, anatomie et chirurgie, le candidat a eu à traiter *des glandes salivaires — de la grenouillette.* L'auditoire a été sous le charme pendant tout le temps de cette brillante leçon. Élégance de diction, clarté d'exposition, richesse d'érudition sur la pathologie de la grenouillette, discussion sérieuse sur les opinions de la Société de Chirurgie de Paris à propos de sa nature, opinions qu'il a réfutées, telles sont les qualités qu'on y a signalées.

La seconde avait pour objet l'une des plus belles, des plus difficiles questions de la chirurgie : *l'infection purulente.* — Le Mémoire qu'a fait M. Oré sur ce point a mis en relief des qualités d'écrivain : correction, clarté, méthode, en s'affranchissant toutefois des formes de l'École. — Dans la discussion sur la nature et l'anatomie pathologique de l'infection purulente, on a reconnu la prédilection du vivisecteur, qui a contrôlé par lui-même ce que peut donner ce genre de recherches. — Nous devons regretter que le peu de temps accordé pour la question écrite n'ait pas permis au candidat d'éviter quelques lacunes. — Il a peut-être aussi mieux spécifié la *résorption purulente* que *l'infection;* mais, après avoir exprimé toute la gravité de cette affection, il a terminé par de bons préceptes pour la combattre, ou plutôt pour tâcher de la prévenir : moins de lotions, meilleur régime, air plus salubre.

Somme toute, cette épreuve a été moins satisfaisante que la première.

La ligature de la fémorale à la partie inférieure, — l'amputation sus-malléolaire de la jambe, étaient les opérations dévolues à l'épreuve de la médecine opératoire.

Après avoir indiqué ce qu'on devait entendre par *partie inférieure de la fémorale,* et avoir assigné le point un peu au-dessus de l'immersion, sous le troisième adducteur; — après avoir décrit le procédé opératoire et signalé le rôle que joue pour la guérison le tissu cellulaire qui environne l'artère, le candidat a procédé à l'opération. Il a préféré à l'incision un peu oblique de Lisfranc, celle parallèle au sens de l'artère, et il lui a été facile d'aller saisir l'artère et de la lier. Le sujet étant maigre, avec un peu d'effort, l'opérateur a pu passer la sonde aiguillée sous l'artère. Nous aurions mieux aimé pourtant qu'il se servît, pour cet effet, de l'aiguille de Deschamps. Sur le vivant, cet instrument devient presque indispensable.

Il a choisi, pour la seconde opération, le procédé de M. Le-

noir, en expliquant le motif de sa préférence. Il a pratiqué cette opération d'une manière satisfaisante; peut-être a-t-il laissé une *manchette* un peu longue, tout en faisant remarquer que la rétraction des tissus sur le vivant l'aurait de beaucoup réduite.

La quatrième épreuve enfin, *épreuve clinique,* a dignement couronné ses travaux. Des deux malades a examiner, l'un portait au scrotum une tumeur qui pouvait donner matière à discussion. Un homme de cinquante ans, ancien militaire, qui, au moment de l'examen, ne donnait guère preuve de courage. En effet, tremblant, tout entrepris, ne donnant que des réponses laconiques, il semblait faire effort pour empêcher la lumière de naître; aussi le questionneur était-il embarrassé, et le soupçon qui s'était élevé dans l'esprit du jury sur la nature du mal n'a-t-il pu naître dans l'esprit du candidat? S'en tenant à une première réponse affirmative sur un écoulement de l'urètre, c'est une orchite blennorrhagique qu'il a diagnostiquée avec les circonstances particulières pourtant, qui, à un second examen, eussent ouvert peut-être la voie à une investigation nouvelle.

Le second malade offrait aussi une maladie du testicule : un testicule tuberculeux, ulcéré, et lié à une diathèse, à une phthisie pulmonaire.

Ce malade a fait presque en entier le sujet de la leçon clinique, et cette épreuve a été le brillant pendant de la première. Le candidat y a fait preuve de grandes et vraies connaissances de pathologie interne, en étudiant l'état véritable des organes thoraciques de ce malade. Les mêmes qualités de verve, de clarté d'exposition, de méthode logique, ont caractérisé cette consultation médico-chirurgicale, et convaincu l'auditoire et le jury tout entier de l'excellence de l'acquisition que va faire l'hôpital Saint-André par la nomination de M. le Dr Oré, à la place de chirurgien-adjoint, prélude des fonctions de chirurgien titulaire.

Costes.

P. S. Peut-être on trouvera étonnant que nous ayons écrit ces lignes; mais le *Journal de Médecine* a des devoirs, et ne peut faire un déni de justice parce que le candidat est un des siens. — Ce n'est pas notre faute, s'il nous a forcé à des éloges. C.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(d'Avril 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
				millimètr	millimètr			
1	3	11	7	769	770	Nord.	Beau.	Belle journée fraiche.
2	5	16	10	770	770	Est.	Beau.	*Idem.*
3	5	19,5	12	770	770	Est.	Beau.	*Idem.*
4	8,5	21,5	13	770	770	Est.	Beau	Très-belle journée.
5	10	23	16	770	770	Est.	Beau.	Brouil. le mat b. journ.
6	10	26	16	767	766	Est.	Beau.	Très-belle journée.
7	13,5	20	15	768	769	N.-O	Beau.	Ciel nuageux.
8	15	18	16	767	767	Ouest	Pluie.	Pl. fine et printanière.
9	14	19	15	765	762	Ouest	Pluie	*Idem.*
10	13,5	18	10	762	760	Ouest	Pluie.	Vent vif, pluie froide.
11	8,5	14	10	754	755	Ouest	Pluie.	Ourag. viol., pl. abond.
12	8,5	18,5	10	759	758	Ouest	Pluie.	Pluie moins forte.
13	10	14	12	757	755	Ouest	Pluie.	Forte pl., vent violent.
14	13	17	13	757	757	S.-O.	Couv.	Vent vif, pluie le soir.
15	13	16,5	12,5	757	758	S.-O.	Pluie.	Pluie légère.
16	12	13	11	758	758	S.-O.	Pluie.	Pl. brum. et constante.
17	10	16	10	759	760	Nord.	Beau.	Ciel nuageux.
18	8	13	10,5	758	754	Est.	Beau.	*Id.* Jolie journée.
19	10	17,5	12	751	749	S.-E.	Couv.	Lég. menace de pluie.
20	11	22	15	754	759	S.-O.	Beau.	Un peu de pl. le soir.
21	11	17,5	10	760	756	S.-O.	Couv.	Pl. le mat., belle soirée.
22	10	15	10	756	756	S.-O.	Couv.	Un peu de pluie.
23	12	18	15	757	758	S.-O.	Beau	Ciel nuageux.
24	15	20	15	759	760	S.-O.	Beau.	*Idem.*
25	15	22	18	760	762	S.-E.	Beau.	Journée ch., men. d'or.
26	16	24	19	760	759	S.-E.	Beau.	*Idem.*
27	17	26	17	755	751	S.-E.	Couv.	Pluie le soir.
28	15,5	19	10,5	754	756	Sud.	Pluie.	Belle soirée.
29	12	22	15	759	757	S.-O.	Couv.	Pluie le soir.
30	11	22	12	758	757	S.-O.	Beau.	Ciel nuageux.

Résumé des observations météorologiques d'Avril 1859.

THERMOMETRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	17° le 27.	26° les 6 et 27.	19° le 26.
Moindre.............	3° le 1er.	11° le 1er.	7° le 1er.
Moyen..	11° les 20, 21, 30.	18°5 le 12.	13° les 4 et 14.

Chaleur du milieu du jour : 8 jours de 11° à 16° ; 18 jours de 16°5 à 22° ; 4 jours de 23° à 26°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	770 mill. les 2, 3, 4 et 5.
Minimum............	749 mill. le 19.
Medium.....	762 mill. les 9 et 25.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses, mais graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du

nord.........	2	fois.
nord-ouest..	1	»
ouest.......	6	»
sud-ouest....	10	»
sud..........	1	»
nord-est.....	»	»
sud-est......	4	»
est...........	6	»

VENTS DOMINANTS : Sud-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 15.
couverts...... 6.
pluie.......... 9.
orage ....

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Les premiers jours d'avril ont été marqués par des fraîcheurs vives, mais la température s'est ensuite heureusement modifiée, et s'est maintenue douce et printanière. Les pluies ont été fréquentes, sans cependant dépasser ce que réclamaient la terre et l'atmosphère pour fournir à l'active végétation de la saison. Les vents ont soufflé principalement de la partie de l'ouest, quelquefois avec assez de violence pour donner lieu à un ouragan comme dans la journée du 11. Le baromètre, qui était à une grande hauteur au commencement du mois, s'est déprimé vers le 10, et s'est ensuite presque toujours maintenu au-dessous de la hauteur moyenne.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATIONS DE FIÈVRES INTERMITTENTES PERNICIEUSES;

par le Dr LANELONGUE.

(Suite et fin [1].)

IIe Obs. — Béglie (J.-M.), âgé de vingt ans, terrassier, d'une forte constitution, tempérament sanguin, travaillait pendant les grandes chaleurs des mois de juillet et d'août 1858 au terrassement d'un chemin. La fatigue et là chaleur le forçaient à boire en grande quantité de l'eau qu'il prenait à une fontaine voisine. La sueur ne l'empêchait point d'ingurgiter cette eau, tantôt froide, tantôt chaude; il continuait à suer, et rien ne lui était encore arrivé, lorsque le 17 août dernier, plus altéré que d'habitude, il en but une grande quantité. Le soir même, il eut un peu de malaise; cependant, il soupa comme d'habitude, se mit au lit et dormit mal. Le lendemain 18, il alla à son travail, où il ne put rester que jusqu'à midi; alors, il eut des frissons, des envies de vomir, une grande céphalalgie, une chaleur ardente; il se mit au lit, après avoir pris un bain de jambes très-chaud et une infusion de tilleul. Pendant la nuit, la sueur arriva et continua le 19 et le 20 sans cesser. Il

[1] Voir le numéro de mai, page 257.

ne but, pendant tout ce temps, que des infusions de tilleul. Il mouilla de sueur *vingt-cinq* chemises et son lit. Le 21, ce jeune homme se crut guéri; sa sueur avait cessé, il ne souffrait plus de la tête; il prit de la soupe et du vin. Cependant, ses forces étant anéanties, il garda la chambre.

22 août. Depuis minuit, la chaleur et la sueur sont revenues; je vois pour la première fois le malade à neuf heures du matin; il baigne dans sa sueur. Le pouls est fréquent, sans force; la chaleur intense; céphalalgie très-forte, narines sèches, yeux brillants; pas de délire ni de rêvasseries pendant le sommeil; douleur gravative à l'épigastre, ventre souple; point de vomissements ni de diarrhée; soif peu intense, langue humide, sans rougeur ni enduit. Le malade est allé à la selle la veille. Point de toux, point de difficulté pour respirer. Je n'ausculte point, pour ne pas interrompre la sueur. Urines très-rouges et rares, ardentes. — Je ne puis m'expliquer cet état qu'en admettant une fièvre intermittente, et en conséquence je prescris une décoction de graine de lin pour boisson, et 2 grammes 30 centigrammes de sulfate de quinine à prendre immédiatement après l'accès.

23. Le malade n'a pu prendre le sulfate de quinine, la sueur ayant toujours continué avec la fièvre. Ce matin, à sept heures, frissons, froid aux pieds pendant une heure, continuation de la sueur. Il y a eu du délire pendant la nuit; le malade voulait quitter son lit et appelait sa mère, qui est à Saint-Gaudens. Céphalalgie toujours très-forte, narines sèches, soif ardente, langue sèche, légère douleur à l'épigastre, point de selles, urines rouges et rares. (Sinapismes sur les pieds et les

jambes, cataplasme émollient sur le ventre, et le reste *ut suprà.*)

24. Le malade a déliré une partie de la nuit; il a vomi tout ce qu'il a pris; épistaxis, continuation de la sueur jusqu'à deux heures du matin. A mon arrivée, à huit heures du matin, je le trouve assez calme; il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant la nuit. Douleur à l'épigastre, langue sèche et râpeuse, soif peu intense, faiblesse extrême; le malade peut à peine s'asseoir sur son lit pour être changé de linge; pouls petit, mais très-réglé, chaleur modérée. A l'instant, je commence à faire prendre le sulfate de quinine prescrit depuis l'avant-veille, dix sangsues à l'épigastre, un bouillon et boissons comme d'habitude.

25. Les piqûres de sangsues ont beaucoup donné; le sulfate de quinine a été pris jusqu'à midi; néanmoins, à onze heures du soir, frissons légers, suivis de chaleur et de sueur qui continue encore au moment où j'arrive, neuf heures du matin. La nuit a été très-agitée; délire, soif ardente, langue sèche et râpeuse, pas de douleur à l'épigastre, même à la pression; pas de vomissements, pas de selles, urines toujours rares et rouges, pouls petit, dépressible, fréquent. Le malade répond bien aux questions que je lui adresse, mais ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant la nuit; il dit n'avoir pas dormi. (Boissons *ut suprà,* lavement émollient, 2gr50 sulfate de quinine pour la fin de l'accès.)

26. La sueur a toujours continué et continue encore à mon arrivée, huit heures du matin; la nuit a été très-mauvaise. A minuit, la chaleur a augmenté avec un abattement extrême, des lipothymies, des angoisses, une

agitation qui n'ont cessé qu'avec le retour de la sueur, vers une heure du matin. La céphalalgie est toujours intense, la langue sèche, la soif continuelle, sans douleur à l'épigastre; selles après le lavement d'hier; le pouls est petit, fréquent et dépressible, la chaleur modérée, la peau couverte de sueur. (Infusion de feuilles d'oranger, quelques cuillerées de vin sucré avec moitié eau; s'il survient des lipothymies, sinapismes et recommandation expresse de prendre le sulfate de quinine si l'accès vient à cesser.

27. La sueur a continué toute la journée d'hier, et depuis ce matin quatre heures seulement, le malade est calme : il a sué et déliré toute la nuit; urines toujours rouges, langue sèche, soif nulle, pas de céphalalgie, pas de douleur à l'épigastre. Le malade se trouve bien, mais très-fatigué, comme meurtri. La peau est bonne, pouls régulier, petit, à 70 pulsations, yeux vifs, bien éveillés, réponses justes aux questions qu'on lui fait. A l'instant, on commence à lui faire prendre le sulfate de quinine prescrit, de manière à lui faire avaler les 2gr50 jusqu'à midi, dans un espace de trois heures; bouillons, eau vineuse, chiendent.

28. Le malade est toujours calme : il n'a pas eu d'accès; la nuit a été bonne, il a dormi tranquille, sans sueur, sans soif, sans rêvasseries. Ce matin, il est très-bien, mais faible; il désire du bouillon; 2 grammes de sulfate de quinine pour la journée, un potage; bouillons, eau vineuse, chiendent.

29 et jours suivants. Le malade continue à aller bien; il prend chaque jour un peu plus de nourriture; les forces reviennent, et le 1er septembre il quitte le lit. Je prescris

du sulfate de quinine à prendre tous les sept jours pendant un mois, et la reprise de son travail après le retour des forces.

Voilà une observation de fièvre pernicieuse *sudorale,* qui n'a cessé qu'après l'emploi de 5 grammes de sulfate de quinine, pris en deux doses pendant deux apyrexies, ce qui équivaut à 80 grammes de poudre de quinquina. Si, avant la découverte du sulfate de quinine, on avait eu besoin d'employer cette dose de quinquina pour combattre une fièvre pernicieuse, on n'aurait jamais guéri personne, car on n'aurait pu employer cette forte dose sans fatiguer l'estomac du malade ; on n'aurait même pas eu le temps de la faire avaler ; et cependant, alors, on guérissait les fièvres pernicieuses avec autant de sûreté qu'à présent. Ce n'est pas dire, toutefois, comme le prétend Lautter, que dans ces maladies le médecin soit l'arbitre de la mort et de la vie; car pas plus avec le quinquina qu'avec le sulfate de quinine, on n'obtient toujours un plein succès; mais on guérissait ces maladies presque sûrement avec 30 grammes au plus de quinquina, et on ne peut le faire avec l'équivalent de sulfate de quinine. L'écorce du Pérou contient donc quelques principes de plus que son alcaloïde pour guérir les fièvres intermittentes pernicieuses. Ce qui reste avéré, c'est que le sulfate de quinine peut être employé à très-forte dose sans fatiguer le malade, et qu'il est bien plus facile à prendre que la poudre de quinquina.

Si on arrache souvent à une mort certaine un individu affecté de fièvre pernicieuse avec le quinquina ou ses préparations, on a pourtant souvent des revers

même avec de très-fortes doses : Les traités de Bailly, Nepple, de Maillot le prouvent suffisamment pour les pays marécageux. Je vais en citer deux exemples, recueillis dans ma pratique.

III[e] Obs. — Faucher (B.), âgé de cinquante-trois ans, agriculteur, d'une bonne constitution dans sa jeunesse, mais déterriorée depuis environ dix ans par des attaques de rhumatisme articulaire qui se répètent chez lui chaque année et lui ont laissé des ankyloses aux doigts des mains et une maladie organique du cœur qui l'essouffle à la moindre fatigue. Le 30 juillet dernier, il avait travaillé plus que d'habitude. Dans la nuit du 30 au 31, il fut pris de frissons et d'une douleur au côté gauche, sans toux, mais l'empêchant de respirer. J'arrive auprès du malade dix heures après l'invasion de sa maladie, je le trouve dans l'état suivant : douleur vive au côté gauche au moindre effort pour respirer, oppression extrême, pas de toux, chaleur de la peau extraordinaire, pouls très-fort et battant 100 fois par minute; le son est clair sur tous les points de la poitrine; râle sous-crépitant fin, à la partie postérieure et inférieure de la poitrine; respiration bonne à la partie antérieure, retentissement de la voix à gauche; le cœur bat avec force et soulève l'oreille; bruit de souffle au premier temps très-prononcé, céphalalgie intense; bourdonnement d'oreilles; la langue est sèche, large, sans rougeur; point de douleur à l'abdomen, pas de vomissements ni diarrhée. Je diagnostique une pleuro-pneumonie gauche, pneumonie droite; rétrécissement des orifices du cœur datant de plusieurs années, suite

sans doute d'une endocardite accompagnant le rhumatisme articulaire. (Saignée de 500 grammes, looch kermétisé, boissons pectorales, diète. Je prescris une nouvelle saignée pour le soir si la fièvre persiste.)

1er avril. Le malade a été pris de sueur hier soir et n'a pu être saigné; la nuit a été plus calme; la douleur de côté persiste, mais l'oppression a diminué avec la chaleur de la peau et la force du pouls; le râle sous-crépitant persiste avec le retentissement de la voix; le sang sorti hier de la veine n'est pas couenneux. (Saignée, dix sangsues sur le côté, looch kermétisé, tisane pectorale, diète.)

2. La moiteur de la peau continue, point d'oppression, mais respiration gênée, léger râle sous-crépitant à gauche, rien du côté droit, toujours bruit de souffle après le premier temps des battements du cœur; la douleur de côté persiste, la voix est naturelle, le pouls a 70 pulsations; pas de soif, langue humide. (Looch et tisane *ut suprà.*)

3. Le malade est très-bien, la nuit a été calme, le malade a dormi; pas de douleur de côté, même avec une forte inspiration, ni râle, ni retentissement de la voix; pas de céphalalgie, langue humide, ventre souple, selles naturelles. Je crois le malade en convalescence; en conséquence, je permets trois bouillons pour la journée et tisane pectorale.

4. La nuit a été très-agitée, le malade est oppressé comme le premier jour; depuis hier soir, six heures, douleur du côté gauche, toux avec crachats sanglants, râle sous-crépitant à la partie postérieure du côté gauche; toujours bruit de souffle du côté du cœur, langue

sèche, soif ardente, chaleur très-grande de la peau, pouls à 100 pulsations, céphalalgie intense, envies de vomir et diarrhée. (Saignée, lavements d'eau de son, tisane pectorale, diète.)

5. Le sang de la saignée est peu couenneux; le malade a passé une mauvaise nuit, oppression extrême, toux avec expuition de salive seulement; râle sous-crépitant à gauche, avec retentissement de la voix et douleur de ce côté; langue sèche, soif ardente, céphalalgie, cessation de la diarrhée, des envies de vomir. (Vésicatoire sur le côté, tisane pectorale, diète.)

6. Le malade a bien passé la nuit; il est calme et sans fièvre, avec moiteur de la peau; respiration libre, pas de douleur de côté, pas de soif, pas de céphalalgie, ventre souple; le malade lui-même se trouve très-bien. Ce mieux inattendu et si prompt me fait craindre une fièvre pernicieuse; en conséquence, je prescris 2gr50 de sulfate de quinine à prendre dans la journée; trois bouillons, tisane pectorale.

7. Hier soir, à six heures, oppression, douleur du côté gauche, râle sous-crépitant et retentissement de la voix de ce même côté. Ce matin, oppression extrême, douleur vive en respirant, pouls fort et fréquent, 100 pulsations; céphalalgie intense, rêvasseries pendant la nuit; langue sèche, râpeuse, soif ardente, ventre ballonné, sans douleur, pas de selles ni de vomissements. (Vésicatoire sur le côté, lavements émollients, cataplasmes sur le ventre, tisane pectorale, diète.)

8. La nuit a été très-agitée, le malade est toujours oppressé, la fièvre est très-forte; comme la veille, le malade ne présente d'autre changement qu'une plus

grande faiblesse. (Continuation des mêmes moyens.)

9. Le malade transpire; il est très-calme, n'éprouve aucune douleur de côté, n'a pas d'oppression, n'a aucune gêne en respirant; le pouls est petit, à 70 pulsations; la peau n'est point brûlante, pas de céphalalgie, pas de soif, ventre souple, langue humide. Je n'ai plus de doute sur l'existence d'une fièvre pernicieuse. (1gr50 sulfate de quinine, tisane pectorale, bouillons.)

10. Le malade n'a pas pris le sulfate de quinine prescrit; aussi tous les accidents primitifs sont revenus hier soir; la nuit a été très-agitée, délire; ce matin, oppression extrême, chaleur sèche et brûlante de la peau, douleur au côté, faiblesse extrême qui m'empêche d'ausculter; céphalalgie, soif intense, langue sèche et râpeuse, ventre ballonné, sans douleur, pouls à 100 pulsations. (Vésicatoires sur le côté et aux jambes, tisane pectorale, cataplasmes sur le ventre, lavements émollients, et recommandation expresse de faire prendre le sulfate de quinine si le calme revient.)

11. Le malade est dans le même état que la veille : oppression extrême, yeux hagards et saillants, langue sèche, pouls irrégulier, chaleur extrême de la peau. (Pansement des vésicatoires, qui ont bien pris; prescriptions de la veille.)

12. Le malade est calme depuis quatre heures du matin; il transpire; il n'est pas oppressé, ne ressent aucune douleur; il demande du bouillon et du vin. Je fais prendre à l'instant le sulfate de quinine prescrit depuis trois jours; je permets du bouillon. (Tisane *ut suprà*). A une heure après midi, l'accès revient, et à six heures du soir mort. L'autopsie n'a pas été faite.

On peut sans doute considérer cette maladie comme une fièvre pernicieuse pneumonique semblable aux observations nombreuses qu'a recueillies Bailly en Italie, et cependant nous n'avons pas ici les marais qui existaient dans la localité où Bailly faisait ses recherches. Néanmoins, depuis la mort de ce malade, ayant eu occasion de voir dans les villages environnants un grand nombre de fièvres intermittentes, j'ai cru devoir en attribuer la cause à un marais à sangsues situé près de là, que les grandes chaleurs de cet été ont presque mis à sec. Toutes les personnes, en effet, des villages voisins de ce marais, ont les fièvres intermittentes depuis le printemps dernier. Le gardien lui-même et sa femme ont été obligés d'abandonner leur poste pour chasser la fièvre.

Le malade qui fait le sujet de cette observation aurait sans doute guéri, comme les autres, s'il n'avait pas mis tant d'indifférence à prendre le sulfate de quinine ; mais on craint toujours d'être *échauffé* par ce médicament. Le cas suivant, où ce précieux fébrifuge a été pris très-régulièrement, prouve néanmoins qu'il peut être impuissant.

IV[e] Obs. — Superbie (Pierre), charpentier, âgé de soixante-quatre ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, porte depuis deux ans une bronchite chronique qui le rend légèrement asthmatique. Le 2 août dernier, il se rend à pied à la foire de La Réole, à une distance de 6 kilomètres. Cette course lui est familière, c'est presque une promenade pour lui. A peine est-il arrivé, vers onze heures du matin, qu'il est pris

de courbature et obligé de se mettre au lit. Sur le soir il veut se retirer, il ne peut faire sa route; on est obligé d'aller le chercher en voiture. Arrivé chez lui, il est saisi d'un froid intense, de toux, d'oppression et d'une douleur au côté droit. Toute la nuit fut agitée; il se trouvait dans un feu dévorant, se découvrait pour chercher le frais; la toux était continuelle, les crachats faciles, céphalalgie intense. Cet état se continue le 3, et mandé auprès de lui, j'arrive le 4 à six heures du matin. Le malade est rouge, il souffre de la tête et du côté droit; la respiration est pénible, la peau est chaude, le pouls est fort, à 80 pulsations; langue humide, soif vive, pas de douleur à l'abdomen, pas de selles, urines citrines, son mat à la partie postérieure et inférieure du côté droit, râle sous-crépitant fin, râles muqueux à la partie supérieure ainsi que du côté gauche, cœur à l'état normal. (Saignée de 500gr, looch kermétisé, tisane pectorale, diète. Le sang sorti de la veine est couenneux.)

5. Le malade se trouve bien; il a moité et dormi une partie de la nuit. La peau n'est plus chaude, le pouls ne bat que 70 fois par minutes; pas de soif, pas de céphalalgie; la toux persiste, avec crachats épais et abondants; pas de douleur au côté droit, mais persistance du son mat et du râle sous-crépitant. (Saignée de 400gr, looch et tisane *ut suprà*.)

6. Hier, à midi, la chaleur de la peau est revenue avec soif; la nuit a été agitée, le malade cherche toujours le frais. Ce matin, il se plaint de son côté en respirant; le pouls est à 85, la peau est très-chaude, céphalalgie intense, toux continuelle avec crachats épais

mais sortant très-difficilement; son mat du côté droit et râle sous-crépitant. (Saignée de 500gr, douze sangsues sur le côté, looch kermétisé, tisane pectorale). Le sang de la saignée n'est pas couenneux.

7. Le malade est dans le même état qu'hier : nuit agitée, fièvre intense, soif ardente, céphalalgie, toux, douleur de côté, oppression. (Douze nouvelles sangsues sur le côté, looch et tisane *ut suprà*.)

8. Le malade se trouve bien; il a dormi sans rêvasseries; point de soif, pas de toux, légère moiteur, langue humide, selles naturelles, pouls à 65 pulsations par minute, pas de douleur au côté, râle muqueux. Ce mieux presque subit, et correspondant à l'antépénultième, qui aussi avait été bon, me fait craindre une fièvre pernicieuse; en conséquence, je prescris 2gr50 de sulfate de quinine, à prendre jusqu'à midi; un bouillon, tisane pectorale.

9. Hier, à six heures du soir, retour de tous les accidents, avec léger froid aux pieds et aux genoux; nuit très-agitée, rêvasseries. Le malade se découvre pour avoir du frais; toux fréquente, oppression extrême; ce matin, à six heures, la peau est brûlante, sèche, le pouls est fort et fréquent, la langue est râpeuse, soif intense, douleur de tout le bras droit, que l'on ne peut toucher ni remuer sans faire pousser des cris au malade, et cependant point de gonflement ni de rougeur en aucun point; céphalalgie, yeux chassieux; la paupière supérieure droite ne peut se relever; douleur du côté droit, toux fatigante, sans crachats, son mat, râle muqueux. (Large vésicatoire sur le côté, looch avec 0gr60 de kermès, tisane pectorale, lavement émollient, diète.)

10. Même état que la veille, nuit très-agitée, toux continuelle, sans crachats, fièvre intense; le bras est aussi comme la veille. (Pansement du vésicatoire du côté et application de deux vésicatoires aux jambes, lavements, looch et tisane *ut suprà*.)

11. Le malade est calme depuis minuit; légère moiteur; ce matin, six heures, il est abattu mais ne souffre pas, il reste tranquille dans son lit; yeux très-chassieux; le bras droit ne peut être remué et reste douloureux si on le touche; point de chaleur à la peau, pouls à 70 pulsations, langue un peu sèche, sans soif, pas de toux, pas de douleur au côté. Les vésicatoires des jambes ont bien pris. A l'instant, je fais prendre 1 gramme sulfate de quinine et j'en prescris deux autres à prendre jusqu'à midi; tisane pectorale, bouillons.

12. Le calme a duré jusqu'à onze heures du soir; le malade a toujours été tranquille, sans toux, sans soif, sans agitation; mais alors un léger froid est survenu aux pieds, et presque aussitôt il a été remplacé par une forte chaleur, une agitation continuelle et une soif intense. Le malade délirait et connaissait à peine ses enfants qui lui parlaient. A mon arrivée, six heures du matin, je le trouve plongé dans un assoupissement continuel; il me reconnaît, mais il ne s'occupe de rien autour de lui; il est oppressé, peut à peine sortir sa langue de la bouche tant elle est sèche; cependant, il ne refuse rien; il boit à chaque instant, mais en petite quantité, pour ne pas être engoué. Le pouls est très-fréquent, petit, dépressible; la peau est brûlante, les forces sont épuisées. On fait suppurer les vésicatoires, on promène des sinapismes sur les pieds et les genoux, tisane pectorale, eau sucrée et vineuse.

Cet état persiste le 13 et va toujours empirant jusqu'au 14, où un mieux de quelques heures paraît arriver, et pendant lequel on essaie encore 1 gramme de sulfate de quinine, qui est supporté, mais qui n'empêche pas qu'un nouveau redoublement de tous ces accidents survient et met fin aux jours du malade vers quatre heures de l'après-midi.

L'autopsie n'a pas été faite.

Cette observation de fièvre pernicieuse pneumonique vient encore prouver notre impuissance, malgré le traitement énergique qui a été employé pour l'enrayer. Pouvait-on ou devait-on employer le sulfate de quinine le troisième jour, lorsque le malade parut calme pour la première fois? Certes, alors, il y aurait eu plus de chances de succès. Mais qui aurait pu prévoir des phénomènes pernicieux chez un malade qui n'avait point eu de fièvres intermittentes auparavant et qui se trouvait dans une contrée où n'existait aucun malade? Sa course, la fatigue qu'il avait pu éprouver, la bronchite dont il était atteint, suffisaient pour faire croire à une pneumonie simple, et le mieux, survenu après un traitement assez énergique, devait faire croire à une franche et prompte convalescence. Le second accès vint changer toutes nos idées, et un traitement approprié fut aussitôt mis en usage, mais ne fut pas couronné de succès. Le terme était là, sans doute, il était défendu de le franchir. Et pourtant, je n'ose dire avec Montaigne : « Laissons faire un peu à nature, elle entend » mieux ses affaires que nous. — Mais un tel en mou» rut? — Si ferez vous, sinon de ce mal là, d'un autre; » et combien n'ont pas laissé d'en mourir, ayant trois

» médecins à leur?... » liv. III, chap. XIII. Je ne puis être aussi sceptique que notre philosophe, et je continuerai à administrer avec confiance le sulfate de quinine, ou mieux, le quinquina, toutes les fois qu'une fièvre intermittente simple ou pernicieuse se présentera à mon observation.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ.

OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR E. GINTRAC;

par M. CHATARD, interne et aide de clinique médicale.

Ire Obs. — *Abcès de la fosse iliaque interne droite* [1].

Marie Perès, âgée de trente-quatre ans, est née dans un village des Hautes-Pyrénées; mais depuis longtemps, elle est placée à Bordeaux en qualité de femme de chambre. D'un tempérament sanguin, d'une constitution forte et d'une bonne conformation, cette fille accoucha naturellement, il y a quarante-deux jours, d'un enfant né viable et à terme, du sexe masculin. La montée du lait se fit dès le deuxième jour, et il y a huit jours seulement que les lochies ont disparu complétement. A peine six jours s'étaient écoulés depuis son accouchement, que la malade ressentit dans la fosse iliaque droite une vive

[1] Cette observation a été recueillie, ainsi que la suivante, pendant la suppléance de M. le Dr de Lacaussade.

douleur s'accompagnant parfois d'élancements subits. En même temps, elle éprouvait quelques frissons erratiques avec un peu de diarrhée, et remarquait qu'une tumeur peu volumineuse se formait à la partie inférieure du ventre, du côté droit. Ne pouvant plus marcher, et la douleur allant toujours croissant, Marie Perès consulta un médecin, qui prescrivit huit sangsues *loco dolenti*. Cette saignée locale n'ayant point amélioré son état, la malade se décida à entrer à l'hôpital le 30 janvier 1859.

Voici dans quel état elle se trouve : le visage est pâle, abattu, et le décubitus dorsal est le seul qui soit possible en ce moment; tout mouvement du tronc ou du membre inférieur droit provoque des douleurs insupportables; celui-ci, d'ailleurs, n'est point fléchi sur le bassin, comme cela s'observe toujours dans le psoïtis, et le plus souvent dans les phlegmons de la fosse iliaque. Le pouls, petit et fréquent, marque 80 pulsations environ. La langue est couverte d'un léger enduit blanchâtre; il y a de l'anorexie, mais pas de douleur à l'épigastre; ni constipation ni diarrhée. Immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, et à 4 ou 5 centimètres à droite de la ligne blanche, on sent une tumeur dirigée transversalement, dure, douloureuse au toucher, paraissant plonger dans le bassin. Quand on cherche à la circonscrire, on trouve qu'à sa partie interne elle n'est séparée de l'utérus, augmenté de volume, que par un espace très-étroit; qu'en dehors, elle se perd insensiblement vers l'épine iliaque antéro-inférieure; qu'en bas, elle plonge dans la cavité pelvienne, et qu'en haut, elle forme un rebord dur, saillant, régulier, étendu transversalement de gauche à droite, et remontant jusqu'à une

hauteur de 5 ou 6 centimètres au-dessus du ligament de Fallope. Si l'on pratique le toucher vaginal, on trouve l'orifice utérin assez largement entr'ouvert. Du côté droit et derrière le cul-de-sac vaginal, le doigt rencontre une tumeur qu'il ne peut délimiter. Si, à ce moment, on imprime au col utérin des mouvements brusques de bas en haut, on détermine d'abord une vive douleur, rapportée par la malade au niveau de la tuméfaction que j'ai signalée dans la fosse iliaque; et la main, préalablement appliquée en ce point, est repoussée en avant, soulevée qu'elle est par la tumeur. (Huit sangsues sur la tumeur, cataplasmes de riz laudanisés, lait et bouillon.)

1er février. On remarque que le pied droit est fortement tuméfié; la peau, très-blanche, conserve longtemps l'empreinte du doigt; pas de selle depuis deux jours. (Traitement : cataplasmes, frictions avec la pommade suivante : onguent napolitain, 30,00, et extrait de belladone, 3,00.)

3. La peau qui recouvre la tumeur est rouge, tendue, luisante, et adhère fortement aux tissus sous-jacents. En ce point, la malade éprouve des élancements très-vifs. Le pouls, jusqu'ici très-petit, s'est relevé (82). (Lavement, cataplasmes, frictions).

4. Même état, même traitement.

5. La peau est plus tendue, mais seulement vers le point le plus saillant de la tumeur; sur les bords, on distingue de l'œdème avec beaucoup d'empâtement. D'ailleurs, la malade se trouve mieux, car elle n'éprouve plus les élancements douloureux qu'elle ressentait les jours précédents. (Frictions, cataplasmes.)

6. Aujourd'hui, on distingue une fluctuation encore très-profonde et obscure; la peau est plus œdématiée. (Même traitement.)

7. Pouls bon (70), un peu d'appétit, pas de selle si l'on ne donne pas de lavement; en outre, salivation abondante, haleine fétide, gingivite très-marquée. (Cataplasmes; on cesse les frictions; gargarisme astringent.)

8. Stomatite très-intense; l'haleine est extrêmement fétide, et la plupart des dents vacillent. (Gargarisme déjà prescrit, cautérisation des gencives avec l'acide chlorhydrique fumant.)

9. Œdème de la peau dans le point correspondant à la tumeur; fluctuation plus marquée. (Même traitement.)

10, 11. Le toucher vaginal n'indique aucun changement. (Même traitement.)

12. La fluctuation étant devenue très-manifeste et de la diarrhée étant survenue, on se décide à faire une ponction. Tandis qu'un aide comprime fortement les parois abdominales à droite et à gauche de la tumeur, le médecin plonge son bistouri jusqu'à une profondeur de 0,04 environ. Aussitôt il jaillit un flot de pus louable; la quantité qui s'en écoule peut être estimée à deux verres. (Compression méthodique du ventre, mèche cératée, cataplasme de riz.)

13. Il s'écoule encore aujourd'hui une grande quantité de pus; mais le ventre a considérablement diminué de volume, la tumeur a presque disparu, et un stylet, engagé dans la plaie, s'enfonce profondément et obliquement de haut en bas et de droite à gauche. On fait cette exploration avec beaucoup de prudence, de peur de rompre les adhérences qui ont pu se former.

14. Il s'est écoulé depuis hier matin une assez grande quantité de sérosité opaline, légèrement purulente; le volume du ventre a encore diminué, l'œdème du pied a complétement disparu; le toucher vaginal permet de constater que la tumeur que l'on sentait à droite a complétement disparu. (Cataplasmes, soupe, bouillon.)

16, 17, 18. La malade va bien; l'appétit et les forces renaissent.

20. Le trajet fistuleux est en partie cicatrisé. (Alimentation.)

22. Cicatrice complète. On trouve à la place de la tumeur fluctuante, une tumeur très-dure mais beaucoup plus petite. (Tisane, cataplasmes.)

24. L'induration persiste. (Même traitement.)

1er mars. La malade se lève pour la première fois; il y a toujours un peu d'induration.

5. Les forces reviennent promptement.

9. Exeat.

IIe Obs. — *Paralysie idiopathique des membres droits.*

Les cas de paralysie qu'on peut bien appeler idiopathique ne sont pas rares, et depuis quelque temps les succès qu'on obtient contre ces affections, par l'électricité, semblent se multiplier, pas assez toutefois pour qu'il n'y ait pas quelque intérêt à publier encore celui-ci.

Maumin (Marie), âgée de quarante-cinq ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital, salle 6, le 11 janvier 1859. Elle est d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin; elle se nourrit bien, et habite une chambre sèche et parfaitement éclairée; elle semble donc être dans les

meilleures conditions de santé, et n'a jamais eu d'affection rhumatismale. La menstruation a toujours été régulière, et il y a un mois seulement que les règles ont cessé de paraître. A cette époque, cette femme, occupée à savonner, sentit tout à coup dans les membres supérieur et inférieur droits des fourmillements avec engourdissement de la main, et impossibilité de travailler plus longtemps. Le jour même, elle remarqua que la peau avait presque complétement perdu toute sensibilité. D'ailleurs, pas de céphalalgie, pas de troubles de la vue, pas de bourdonnements dans les oreilles; rien, en un mot, qui indique une congestion ou une hémorrhagie cérébrale.

Le jour de son entrée à l'hôpital, elle présente les symptômes suivants : à la main, à l'avant-bras et au bras droits, la peau a perdu toute sensibilité; les mouvements de flexion et d'extension des doigts sont complétement impossibles, et la malade ne peut tenir les objets qu'on lui donne à la main. Au pied et à la jambe, même insensibilité de la peau; mais les mouvements de flexion et d'extension du pied sont conservés. On remarque que la sensibilité va en diminuant de la racine à l'extrémité du membre. D'ailleurs, pas de troubles des fonctions digestives; rien au cœur. La respiration s'exécute d'une manière normale.

12. (Frictions avec : teinture de genièvre et eau de sureau, āā 250,00.)

15. Nulle amélioration. (Bains sulfureux avec douche en épingle sur le bras.)

19. Légère amélioration. (Bains sulfureux avec douche.)

25. Amélioration notable au membre supérieur; à la

jambe, la sensibilité semble renaître, mais très-lentement. (Bain sulfureux avec douche.)

1er février. La menstruation apparaît; on suspend toute espèce de traitement.

4. Les règles sont abondantes; nulle modification sensible des membres paralysés. (Électrisation avec les éponges humides, qu'on promène sur le bras et la jambe.)

8. Même état. (Électrisation avec le pinceau.)

10. On constate que cette manière d'électriser avec le pinceau provoque une douleur beaucoup plus vive.

14. Le mouvement et le sentiment sont parfaitement revenus à la main et à l'avant-bras; la sensibilité est toujours incomplète au membre inférieur. On fait pendant une semaine, chaque jour, une séance d'électrisation : le pinceau est promené sur la jambe. Sous l'influence de l'électricité, la sensibilité reparaît, la marche s'effectue sans nulle difficulté. Le 1er mars, la guérison est complète.

IIIe Obs. — *Fièvre ataxique.*

Il est plusieurs maladies très-graves du système nerveux qui peuvent occasionner la mort sans laisser dans les organes évidemment affectés des traces de lésions sensibles, ou du moins assez marquées pour expliquer l'issue funeste de l'affection : telles sont l'apoplexie nerveuse, l'encéphalopathie saturnine, le tétanos, etc. L'état ataxique aigu, qui se distingue par l'absence de fièvre, ne montre après la mort que de légères altérations vers le *septum lucidum,* la voûte à trois piliers, etc. La fièvre ataxique, qui présente des analogies avec cet

état, mais qui s'accompagne de la fréquence du pouls, d'altération sensible de la chaleur, peut aussi exister et se terminer d'une manière fatale sans qu'il soit possible de constater des changements manifestes dans l'état des organes, d'où cependant émanaient les symptômes les plus caractéristiques de la maladie. Des symptômes analogues peuvent se rencontrer dans la méningite, dans la cérébrite; mais alors les lésions cadavériques sont évidentes : ce sont des injections sanguines, des ramollissements, des collections séreuses ou purulentes que l'on trouve à la nécropsie, tandis qu'on ne constate point des désordres pareils dans la fièvre ataxique. Pour être rares, les faits qui se rapportent à ce dernier genre de maladie n'en sont pas moins réels, et il est utile de les noter.

L'observation suivante, qui nous a été signalée par M. le professeur Gintrac, dans ses leçons cliniques, comme un type de fièvre ataxique, mérite d'être rapportée avec détail.

Delphin (Arnaud), de la Haute-Vienne, âgé de dix-huit ans, forgeron, est d'un tempérament sanguin, et son régime ordinaire est bon; il n'avait jamais été sérieusement malade.

Le 29 avril, en sortant de la forge, où il avait travaillé toute la journée, étant en sueur, il s'exposa à un courant d'air froid et humide. La nuit suivante, il fut pris de douleurs au niveau du flanc et des lombes du côté droit; en même temps, il éprouvait une grande céphalalgie, avec impossibilité de supporter les rayons lumineux. D'ailleurs, l'appétit était conservé, et les fonctions

digestives s'exécutaient bien. Il se décide alors à entrer à l'hôpital le 6 mai 1859, salle 15, n° 35.

Ce malade présente les symptômes suivants : pouls à 72, assez développé; peau chaude et sèche, face injectée, grande céphalalgie; les paupières sont fermées, et le malade recherche l'obscurité, car la lumière l'éblouit. La langue est couverte d'un léger enduit saburral; il y a de l'anorexie; les selles sont normales; enfin, au niveau du flanc droit, il existe une douleur vive augmentant par la pression et s'irradiant jusque dans les lombes. (Tisane, trois ventouses scarifiées *loco dolenti*.)

6. Il n'y a point d'amélioration. Le pouls est toujours aussi fréquent et la céphalalgie aussi intense. (Saignée du bras de 250 grammes. Caillot peu volumineux, mou, non couenneux.)

7. Cette nuit, délire violent; le malade s'est levé plusieurs fois et s'est promené dans la salle en proférant des paroles incohérentes. (Deux ventouses scarifiées à la nuque, vésicatoire à une jambe; lavement avec sulfate de soude, 15 grammes.)

8. Deux selles dans la nuit, prostration des forces. (Tisane, bouillon.)

9. Prostration plus grande; les pupilles, dilatées, se contractent à peine, la langue est sèche et rugueuse, la soif vive, l'appétit nul; pas de selles depuis hier. La nuit a été très-agitée. Ce matin encore, il y a un peu de délire. (Bain frais, avec irrigation froide sur la tête. Potion avec musc 0gr20. Tisane d'orge.)

10. Mauvaise nuit. Le ventre est un peu rétracté, et la sensibilité cutanée exaltée; pas de gargouillement dans les fosses iliaques. (Tisane de riz et potion mus-

quée. Bain avec irrigation sur la tête, lavement émollient, cataplasmes sinapisés aux pieds.)

Le soir, agitation extrême; peau sèche et brûlante; pouls petit, fréquent (92); langue très-sèche; quelques soubresauts des tendons. (Même traitement).

11. Ce matin, coma assez profond, pouls moins fréquent (72), langue sèche, hypéresthésie générale. (Lavement avec assa-fœtida 3 grammes, et camphre 1 gramme; bain frais.)

Le soir, même hypéresthésie, décubitus latéral préféré.

12. Langue assez bonne, peau chaude et sèche; toujours soubresauts des tendons; pas d'évacuations alvines; la miction, abondante, est restée sous la dépendance de la volonté. (Calomel, 1 gramme en six doses, une toutes les heures, jusqu'à évacuation; vésicatoires aux cuisses.)

Soir, pouls fréquent (96); langue cirée, enduit fuligineux des gencives; hypéresthésie cutanée encore très-intense; pas de selles, et cependant quatre doses de calomel ont été prises.

13. Même état, évacuations alvines abondantes. (Potion avec musc 0,25.)

14. Coma très-profond. (Cautérisation avec la poudre de Vienne à la nuque. Lavement avec assa-fœtida 3 grammes, et camphre 2 grammes.)

15. Mort. A l'autopsie, faite avec beaucoup de soin, il n'a été constaté aucune altération; les poumons étaient sains, sans inflammation; pas de liquide dans les plèvres; le cœur présentait un état normal; les orifices auriculo-ventriculaires, aortique et pulmonaire, étaient libres, et les valvules mitrale, tricuspide et sigmoïdes

saines. Le foie, la rate, les reins, étaient à l'état normal. Pas de traces d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale; pas de saillie des plaques de Peyer; ganglions mésentériques sains.

A l'ouverture du crâne, pas d'injection, pas de traces de méningite ou de ramollissement de quelqu'une des parties du cerveau. Ni la voûte à trois piliers, ni le septum lucidum, ni le corps strié, ni la couche optique, ne présentent de ramollissement; il y a seulement un peu de sérosité claire et limpide dans les ventricules latéraux. Du côté de la moelle, nulle lésion. La quantité du liquide céphalo-rachidien n'est pas augmentée. Nulle apparence d'inflammation des méninges rachidiennes ni de la moelle.

IVe Obs. — *Récidives de scarlatine.*

La scarlatine peut attaquer deux fois le même individu, c'est un fait admis aujourd'hui par la plupart des auteurs. Cependant, ces récidives sont assez rares; on n'en trouve que quelques exemples disséminés dans les annales de la science. Ainsi, Willan et Bateman, M. Rayer dans la 1re édition de son *Traité sur les maladies de la peau,* disaient n'en avoir encore jamais observé. Mais depuis cette époque, on a enregistré un certain nombre de véritables récidives de scarlatine. Dès l'année 1763, Landeutte en rapportait un exemple dans le Journal de Médecine. Après lui, s'inscrivaient aussi, pour quelques observations de récidive, MM. Rayer (2e édition de l'ouvrage cité), Berton *(Lancette française),* Carrière *(Gazette médicale de Strasbourg).*

M. Grisolle (*Traité de Pathologie interne*), raconte qu'il a très-bien constaté, chez la fille d'un de ses collègues de la Faculté, une récidive de scarlatine, survenue deux ans après la première apparition de la maladie. MM. Rilliet et Barthez (*Maladies des enfants*) rapportent l'observation d'un garçon de sept ans, qui fut pris pour la deuxième fois d'une scarlatine avec complication d'anasarque. A l'étranger, Joseph Frank à la clinique de Wilna, Jordens (journal d'Hufeland), Currie de Liverpool, Lameire d'Avelghem, Roupell à l'hôpital Saint-Barthélemy, Billing et Lynn, ont chacun rapporté un ou plusieurs exemples. Il est même quelques auteurs qui paraissent avoir été bien plus favorisés, puisqu'ils assurent avoir connu, l'un, Jahn, une femme de quarante-deux ans, qui avait été atteinte sept fois de scarlatine; et l'autre, Henrici, un homme qui avait présenté dix-sept récidives de cette maladie.

Joseph Frank doute un peu de l'authenticité de ces deux dernières observations. Il faut bien prendre garde, en effet, de ne pas regarder comme une seconde infection le retour de la même scarlatine, qui, chassée trop tôt, reparaît et se termine par desquamation après avoir été précédée d'une éruption miliaire. Or, ce n'est point le cas, chez le malade dont l'observation va être exposée, puisque l'éruption avait suivi une marche parfaitement régulière, et que la desquamation, abondante et complète, avait disparu depuis trente-trois jours quand la première récidive eut lieu. La deuxième récidive est moins bien caractérisée, parce que l'éruption, au lieu d'être générale comme dans la première, se borna à la face, aux mains et aux pieds. Néanmoins, les phéno-

mènes furent encore si bien marqués, la desquamation fut si abondante, qu'il est impossible de douter un seul instant de la réalité de cette deuxième récidive.

Letsela Clair, âgé de seize ans, des Basses-Pyrénées, menuisier, habite la Gironde depuis deux ans. D'un tempérament lymphatique, il a eu dans son enfance des croûtes à la tête et des glandes au cou; il n'a jamais été atteint de rougeole, il n'a eu de rapport avec aucun individu atteint de scarlatine.

Le 5 mars 1859, à la suite d'un mouvement fébrile caractérisé par une chaleur vive, une céphalalgie intense, quelques frissons irréguliers, son corps se couvre de taches rouges, irrégulières, assez rapprochées les unes des autres; elles se montrent d'abord au pli des coudes et à la région poplitée, elles gagnent successivement et rapidement les avant-bras et les bras, les jambes et les cuisses, la poitrine et l'abdomen; elles ne se présentent qu'en dernier lieu à la face. Cette éruption s'accompagne d'une chaleur à la peau, de céphalalgie avec soif très-intense et perte de l'appétit; il n'y avait point de gêne de la déglutition. Au niveau des lombes existait une douleur contusive assez grande. Alarmé sur son état, Clair se décide à venir à l'hôpital; il est reçu salle 15, n° 8, le 10 mars 1859, et offre les phénomènes suivants :

Le pouls est large, fréquent (98 pulsations); la peau, chaude, sèche, rugueuse, a une teinte rouge uniforme, écarlate; les taches, qui ont été d'abord distinctes, sont aujourd'hui confondues par leurs bords. Le doigt, promené à la surface de la peau, ne perçoit pas d'inégalités. La couleur rouge disparaît momentanément sous

la pression. La face est injectée; la langue, recouverte d'un très-léger enduit blanc-jaunâtre à sa base, est rouge à la pointe et sur les bords; mais la déglutition n'est pas douloureuse, les amygdales ne sont pas tuméfiées, et on n'aperçoit pas de rougeur sur la muqueuse qui revêt le pharynx, le voile du palais et ses piliers. Il existe une légère tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. (Tisane pectorale.)

Le 11 mars, sixième jour de l'éruption, on voit, au niveau du pli des coudes et sur la face dorsale du poignet et de la main, des élevures du volume d'une pointe d'épingle, et qui paraissent formées par le décollement de l'épiderme; ce sont des vésicules miliaires. A la face, l'éruption a considérablement pâli, et sur les lèvres et les joues commence une légère desquamation furfuracée. Sur la poitrine, l'abdomen et les cuisses, l'éruption tend à disparaître. L'état général est bon et la fièvre modérée (pouls à 95); mais le malade se plaint de douleur au cuir chevelu. On examine et l'on trouve des vésicules remplies d'une sérosité claire et limpide. A côté de ces vésicules on remarque çà et là des croûtes jaunâtres, humides, peu épaisses. Quelques-unes ont été enlevées par le frottement, et la surface du derme est mise à nu. La tête est rasée et on pratique des frictions avec la pommade suivante : glycérine 30 grammes, oxyde de zinc 10 grammes. (Tisane, bouillon et soupe.)

12, septième jour de l'éruption. La rougeur a presque complétement disparu. Sur la face et sur la poitrine, desquamation furfuracée assez abondante; pas de fièvre, pouls à 72.

13. La desquamation a lieu partout, excepté cepen-

dant aux mains et aux pieds. En ces points la peau est luisante, sèche, rugueuse, fendillée.

14, neuvième jour. Desquamation abondante des pieds et des mains. Au pouce droit on observe comme un doigt de gant épidermique. La peau de la plante des pieds se détache aussi par larges plaques de 8 ou 10 centimètres de diamètre.

Les 10e, 11e, 12e jours, la desquamation continue; au pied gauche; on observe une véritable sandale épidermique.

Le 19 mars, la desquamation est bornée aux mains et aux pieds.

22 mars, dix-septième jour, on observe sur le cuir chevelu des croûtes blanchâtres, luisantes, sèches, qui collent les cheveux, et donnent l'aspect de cette affection qu'Alibert a décrite sous le nom de *teigne amiantacée*. (Cataplasmes de riz sur la tête.)

25. La desquamation a presque complétement disparu; il y a seulement quelques pellicules sur la face palmaire des doigts et sur la face plantaire des pieds. Au cuir chevelu, les croûtes sont tombées en partie; à leur place, on voit le derme qui est rouge et enflammé. (Cautérisation transcurrente avec le nitrate d'argent sur les surfaces malades.)

Le 29, vingt-quatrième jour, la desquamation a cessé, la peau est redevenue nette et polie, elle est seulement un peu rugueuse; l'eczéma du cuir chevelu est heureusement modifié. (Frictions avec la pommade à l'oxyde de zinc, cautérisation au nitrate d'argent, bains sulfureux.)

Le 15 avril, l'eczéma est presque complétement guéri; il n'y a plus de traces de scarlatine. (Bains sulfureux.)

29. Grande céphalalgie, douleur très-vive dans les lombes, malaise général. Dans la nuit, il y a eu un frisson intense qui a duré deux heures environ. Depuis ce moment, sensation de chaleur brûlante sur toute la surface de la peau, perte de l'appétit, soif ardente, nulle trace d'angine. (Tisane, sinapisme.)

30 et 31. La fièvre persiste.

1er mai. Douleurs lombaires, chaleur et sécheresse de la peau, pouls toujours aussi fréquent (94).

Le 2 mai, la face est injectée, les paupières sont rouges et volumineuses; il y a une conjonctivite oculo-palpébrale à droite. La peau du visage est recouverte de petites taches rouges insymétriques, confluentes, plus marquées au niveau des joues. Cette éruption existe avec les mêmes caractères, sur le cou, la poitrine et l'abdomen, aux poignets et à la partie inférieure des avant-bras; la peau est uniformément rouge, parsemée de petites saillies vésiculeuses. D'ailleurs, la fièvre a diminué (pouls à 70) et la douleur lombaire a presque complétement disparu.

3. L'éruption a pâli, légère desquamation au cou et à la face; les élevures signalées précédemment au niveau du poignet et de la main ont disparu.

6. La desquamation est très-marquée sur toute la surface du corps. Aux mains et aux pieds, l'épiderme se détache encore par larges plaques, comme dans la première apparition. L'eczéma du cuir chevelu a pris tout à coup un haut degré d'intensité. (Frictions avec une pommade à l'oxyde de zinc et au calomel.)

10. La desquamation a presque complétement disparu.

12. Pouls à 90 pulsations, peau chaude et sèche, langue rouge à la pointe ; la conjonctivite, qui avait cessé, renaît avec une nouvelle intensité. (Cinq sangsues derrière l'oreille droite.)

15. Troisième éruption scarlatineuse à la face, aux mains et aux pieds. La fièvre a diminué (80 pulsations).

16. L'éruption est moins vive.

20. Desquamation furfuracée.

23. Le malade remet deux larges plaques épidermiques qui seront déposées dans le Musée de l'École de Médecine.

28. La desquamation a complétement cessé.

30. L'eczéma est de nouveau combattu par une série de bains sulfureux, et le malade quitte l'hôpital dans un état de santé parfaite, le 5 juin 1859.

HÔPITAL SAINT-ANDRÉ. — SERVICE DE M. CHAUMET.

OBSERVATION DE PROLAPSUS UTÉRIN.

Cautérisation de la muqueuse vaginale; guérison;

par M. RIQUARD, premier interne.

Lachaize (Marie), âgée de quarante ans, née à Vanxains (Dordogne), encore régulièrement menstruée, mariée, a eu un enfant il y a quatre ans; elle cultive la terre.

Cette malade entre à l'hôpital le 16 décembre 1857, et est admise dans le service de la clinique chirurgicale, salle 2. Elle raconte qu'il y a quatre ans, elle accoucha heureusement d'un enfant qui a survécu. Les couches

furent sans accidents, peu longues. Huit jours ne s'étaient pas écoulés depuis sa délivrance, qu'elle avait quitté le lit et repris ses occupations habituelles. Cependant, environ un mois plus tard, elle ressentit au périnée un poids incommode. Cette sensation devenait plus fatigante pendant la marche; il lui semblait, selon son expression, qu'un corps sortait de son ventre. Enfin, un jour, pendant qu'elle faisait des efforts de défécation, elle remarqua que le corps qui lui occasionnait cette sensation de pesanteur, se présentait à l'orifice du vagin, et y ayant alors porté la main, elle crut que ce corps devait être la matrice, et elle le repoussa dans la cavité pelvienne.

Marie Lachaize, quoique inquiète de son état, négligea de consulter un médecin; elle continua ses travaux journaliers, qu'elle était obligée d'interrompre de temps en temps pour calmer les douleurs, parfois vives, qu'elle ressentait, et qui se traduisaient par des tiraillements dans les aines et les cuisses, de la pesanteur au périnée, des douleurs dans la région lombaire. Elle resta ainsi environ trois ans. Pendant ce temps, les menstrues, qui s'étaient rétablies après qu'elle eut sevré son enfant, parurent tous les mois, en occasionnant chaque fois une augmentation des symptômes que j'ai énumérés; le déplacement utérin ne cessa de faire des progrès, en sorte qu'il s'était formé une chute complète de la matrice. C'est alors seulement que la malade jugea son état assez grave pour venir réclamer des soins à l'hôpital.

État de la malade le jour de son entrée. — Le col utérin a franchi la vulve et se présente entre les cuisses; la peau qui recouvre celles-ci en dedans est érythéma-

teuse, humide, excoriée par petites plaques. La muqueuse du col, qui fait hernie, est moins rosée qu'à l'état normal; elle est moins lisse, comme épaissie et moins sensible; l'orifice utérin est transversal et ne présente rien de particulier. Si, en contournant le col, on cherche à pénétrer dans le vagin, entre lui et les parois des conduits, on s'aperçoit que les parois vaginales se sont repliées sur le corps de la matrice, qu'elles coïffent en entier à la manière d'un doigt de gant. La malade se plaint de tiraillements dans les fosses iliaques, dans les aines, dans la région lombaire; elle sent un point incommode au périnée; ses urines s'écoulent quelquefois difficilement. De plus, il y a un peu de pâleur de la face, de l'anorexie, quelquefois même des nausées.

Le col, qui se présente ainsi que je l'ai dit quand la malade se tient debout, ne franchit la vulve qu'en partie dans la position horizontale de la femme; alors même, si l'on a soin de soulever le siége et de faire plier les cuisses sur le bassin, on peut, avec une légère pression de bas en haut et dans le sens de l'axe courbe du conduit vaginal, faire remonter la matrice et la remettre en place. Quand le replacement a été ainsi obtenu, il n'est pas difficile de mesurer les dimensions du vagin et de constater qu'elles ont acquis des proportions considérables. Enfin, si, après avoir remis la matrice en place, on fait relever la malade, l'organe gestateur reprend aussitôt sa position anormale, et le museau de tanche reparaît à l'extérieur.

Le diagnostic ainsi établi est confirmé le lendemain après un examen par le professeur de clinique. Il existe un prolapsus incomplet de l'utérus. La malade est alors

soumise au traitement suivant : repos complet, position horizontale, bassin maintenu soulevé à l'aide de coussins, injections astringentes avec décoction de noix de Galles.

Ce traitement fut continué pendant un mois. Après ce temps, on avait déjà obtenu une certaine amélioration ; la femme sentait bien encore la matrice descendre sur le plancher du périnée quand elle voulait se tenir debout, mais le col utérin ne faisait pas saillie à travers la vulve. C'est alors que M. Chaumet, se rappelant que, dans un cas semblable, il avait obtenu une guérison complète en faisant dans le vagin des cautérisations longitudinales, voulut essayer le même moyen sur cette malade, et en faire profiter les élèves qui suivaient la clinique. L'opération fut faite le 20 janvier. Un cautère rougi à blanc fut promené à droite et à gauche, de haut en bas, en suivant les faces latérales du vagin. Après la cautérisation, on appliqua des compresses d'eau froide sur l'hypogastre, et on fit également des injections froides. La malade ressentit une vive douleur, mais celle-ci se calma bientôt ; il n'y eut pas de réaction sensible, et au bout de douze jours, la cicatrisation étant obtenue, on put constater que déjà le vagin avait perdu de son ampleur. Cependant, pour être sûr du succès, le professeur, avant de renvoyer la malade, qui demandait à partir se croyant assez guérie, jugea à propos de faire une seconde cautérisation. Celle-ci ne fut pas plus suivie de réaction que la première, et après elle on constata un nouveau rétrécissement du vagin, opéré par deux bourrelets inodulaires que présentait la muqueuse sur les côtés de ce conduit. Dès lors on permit à la

malade de se lever, de marcher et de s'occuper dans la salle. Elle fit tout cela sans ressentir le poids qui l'incommodait tant auparavant au périnée, sans que l'utérus redescendît. Elle était guérie, et on la laissa partir vers la fin de février. — Deux mois plus tard, elle se présentait encore à la clinique pour nous annoncer que la guérison persistait.

Depuis lors, deux nouveaux cas se sont présentés dans le service de la clinique chirurgicale. Dans les deux, les mêmes moyens ont été appliqués et ont donné toujours des résultats favorables. Nous avons encore sous les yeux une de ces malades dans un très-bon état.

Le mode de traitement qui a été appliqué dans le cas que je viens de citer et qui a été suivi d'un si heureux résultat, donne lieu à des considérations de quelque intérêt pratique. Si ce traitement était en effet applicable dans tous les cas de chute de la matrice, bientôt l'on verrait rejetés tous les corps plus ou moins élastiques, circulaires, ovoïdes ou elliptiques, tous ces pessaires auxquels on a fait et à bon droit, il faut le dire, des reproches nombreux, et pour la plupart même sérieux. Ces corps, rarement supportés par les femmes, surtout dans le commencement où ils gênent toujours, sont une cause incessante d'irritation et surtout de congestion du col, quelquefois même d'une inflammation telle, qu'on est obligé d'en débarrasser la malade, sous peine de courir le danger de voir des accidents graves se développer; de plus, le soin de propreté que réclame l'emploi des pessaires dans un conduit sans cesse baigné

par les concavités du vagin et du col; enfin, l'imperfection toujours plus ou moins grande de ces instruments, malgré les formes diverses qu'on leur a données, tout concourt à leur faire manquer leur but, et rarement ils maintiennent l'utérus au point qu'il doit normalement occuper. Il est donc temps de ne plus embarrasser les femmes de ces corps plus ou moins défectueux, la plupart du temps inutiles, souvent nuisibles. Bien mieux vaut, quand on a à guérir une chute de matrice ou autre affection utérine, employer le repos, et surtout la position horizontale; celle-ci, toujours innocente, aidée d'autres moyens, soit des injections astringentes, soit encore de la cautérisation comme dans le cas dont j'ai parlé, réussira bien mieux et plus sûrement.

S'il est des cas où il faut recourir à la cautérisation, ce ne doit être qu'après avoir essayé de la position horizontale. Celle-ci, en effet, est tout efficace et applicable dans tous les cas, alors que la cautérisation ne l'est plus. — Que l'on prenne, par exemple, comme il s'en est offert un cas dans le service de M. Chaumet, une femme avec un prolapsus utérin, et dont les parois vaginales seront décollées à peu près dans toute la hauteur de ce conduit, que fera la cautérisation si on l'applique sur les parois? Rien du tout; car il est bien évident que les parois vaginales auront beau être rétrécies, elles seront toujours entraînées par le poids de la matrice, tant qu'elles n'auront pas repris leurs adhérences profondes. Il est donc des cas où la position est avant tout autre moyen indiqué, et je dois même dire que si la cautérisation a si pleinement réussi dans le fait que j'ai rapporté, on le doit en partie à l'effet préalable de la position horizontale.

D'autres faits qui se sont montrés dans le service où je suis attaché, m'ont fourni quelques données utiles au point de vue de l'étiologie de cette affection, qui est plutôt une infirmité qu'une maladie. Ces abaissements plus ou moins considérables de l'organe utérin ont été attribués depuis longtemps aux corsets, à la compression qu'ils exercent sur les viscères abdominaux en les refoulant et les dirigeant vers le bassin. Et il est certain qu'on ne peut révoquer en doute la part d'action de ces corps qui, en pressant sur l'utérus, doivent ainsi aggraver la tendance, non-seulement au déplacement en bas, mais encore aux déviations diverses de cet organe.

Mais en examinant les faits qui se sont offerts à l'hôpital Saint-André, ce ne serait pas à cette influence qu'il faudrait les attribuer. En effet, trois femmes qui y sont venues dans le courant de l'année 1858, étaient de la campagne, à habitudes simples, et dont les goûts et les mœurs ne leur avaient pas permis d'emprisonner leur corps dans un corset. — Mais en signalant l'exclusion de cette cause dans ces cas, nous n'entendons pas la nier quant à la pratique civile et dans un certain monde; nous voulons seulement établir qu'il faut remonter à d'autres sources dans bien des cas : l'une des plus importantes peut-être est la prédisposition, la laxité des tissus, dont on ne tient pas toujours assez de compte, et qui favorise singulièrement l'action des autres influences. Chez les femmes de tout rang, on peut trouver la *mobilité* extrême de l'utérus dans la cavité pelvienne, mobilité due à la laxité de ses ligaments et à l'élargissement quelquefois considérable du conduit vulvo-utérin. Aussi, à la suite d'accouchements laborieux ou nom-

breux, ou des travaux d'un certain genre, on observe fréquemment les abaissements de la matrice, surtout après un amaigrissement rapide et considérable. A la suite des couches, les ligaments sont allongés, le conduit vaginal élargi et la descente de l'utérus facile. Chez les femmes de la campagne, qui ne prennent pas un repos assez long pour permettre aux organes de reprendre leur état normal, ce doit être un accident fréquent : l'alimentation souvent insuffisante, les travaux pénibles, viennent aussi concourir à ce résultat.

Quant au traitement, on peut conseiller, comme prophylaxie et même comme cure radicale, la position horizontale, des injections astringentes et toniques, rarement des pessaires et toujours leur emploi de peu de durée; enfin, la cautérisation comme moyen le plus efficace.

Il y a pourtant quelques réserves à faire à cet égard. — Le rétrécissement du vagin porté trop loin, par suite de cautérisations trop profondes ou trop multipliées, ne pourrait-il devenir un obstacle aux fonctions de cet organe? L'âge de la femme pourrait, dans ces cas, être pris en considération; mais, dans tous les cas, il faut chercher à conserver au canal vulvaire une certaine dimension [1].

[1] Le dernier numéro de la *Gazette des Hôpitaux* (16 janvier 1859) contient des faits, du Dr Anselmier, qui viennent singulièrement à l'appui de cette observation.

(Note du Rédacteur.)

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel pratique d'analyse chimique, par M. Deschamps d'Avallon.

L'analyse chimique offre toujours de sérieuses difficultés, parce que c'est seulement à la condition d'être d'une rigoureuse exactitude qu'elle peut atteindre son but d'utilité. Celui qui s'y livre doit donc joindre à des connaissances théoriques approfondies un savoir pratique très-étendu. L'analyse est un véritable art qui a ses règles, ses prescriptions, et qui exige plus que du savoir; il veut une grande aptitude. Aussi, tout en reconnaissant l'avantage et l'utilité des ouvrages qui traitent de ces matières, nous pensons que celui qui veut devenir analyste doit se livrer à des travaux pratiques incessants qui feront presque l'unique occupation de sa vie. Les livres auront beau donner d'excellentes descriptions de procédés, d'appareils, de réactions chimiques authentiques, celui qui aura beaucoup opéré trouvera plus de ressources dans ses propres lumières, dans l'évocation de ses souvenirs, dans ces mille petits tours de main qui sont l'apanage du véritable expérimentateur, que dans tous les renseignements fournis par les ouvrages spéciaux.

Ces réserves une fois faites, nous donnerons volontiers notre approbation aux louables efforts de certains savants pour répandre la lumière acquise par leurs laborieux devanciers et par eux-mêmes, et pour grouper sous une forme didactique toutes les connaissances pratiques disséminées dans les nombreux ouvrages sur la matière. Nous devons remercier M. Deschamps d'Avallon de la compilation consciencieuse qui compose son manuel d'analyse. Du reste, l'auteur nous le dit dans sa préface, en entreprenant cet ouvrage, il a eu l'intention de mettre à profit les leçons de M. Pelouze, qu'il a suivies autrefois avec beaucoup d'attention.

L'ouvrage, divisé en deux volumes, traite dans le pre-

mier de l'analyse qualitative, et dans le second de l'analyse quantitative. Le tout forme neuf parties distinctes, dans lesquelles il s'occupe successivement de l'analyse au chalumeau, des opérations qu'il faut connaître avant de faire une analyse, de la préparation des réactifs, des propriétés physiques et chimiques des corps qui font l'objet de l'ouvrage et de l'exposé de la méthode à suivre lorsqu'on veut faire une analyse qualitative par la voie humide. Cette quatrième partie, qui n'est autre que l'application des connaissances acquises à l'analyse de diverses substances dont on ne peut contester l'importance, telles que les calculs, les cendres, les farines, l'opium, les vins, les eaux, les huiles, le lait, le sang, l'urine, la salive, le pus, les gaz, offre des développements pleins d'intérêt qui peuvent être consultés avec fruit. Non-seulement l'auteur prouve qu'il n'ignore aucun des procédés si variés publiés jusqu'à ce jour, mais encore il les modifie souvent avec bonheur et fait preuve d'une rare sagacité.

Parmi quélques appréciations particulières à l'auteur, nous en avons cependant rencontré que nous ne pouvons partager. Ainsi, à propos des vins plâtrés que MM. les professeurs Berard, Chancel et Cauvy, de Montpellier, considèrent comme ne pouvant avoir aucune qualité malfaisante, vu la transformation du sulfate de chaux en sulfate de potasse et en tartrate de chaux, M. Deschamps repousse ces conclusions : « Tout le monde, dit-il, sait qu'on a signalé des em-
» poisonnements assez graves avec le sulfate de potasse,
» administré aux femmes comme antilaiteux. Quelques mé-
» decins y croient; beaucoup nient le fait, et cependant il
» est réel. » Pour nous, nous sommes de ceux qui le nient. Le sulfate de potasse a cela de commun avec tous les sels non assimilables, que donné sous un faible volume, soit en poudre, soit simplement délayé dans très-peu d'eau, il irrite les muqueuses jusqu'au point de produire des vomissements quelquefois assez graves. Les sulfates de soude, de magnésie,

donnés en solution un peu concentrée, produisent, eux aussi, ces phénomènes insolites qui simulent des symptômes d'empoisonnements. Mais administrez ces sels et le sulfate de potasse lui-même en solution suffisamment diluée, vous obtiendrez un effet purgatif, et jamais vous ne verrez apparaître les accidents signalés, à moins de conditions pathologiques spéciales.

Les cinq autres parties s'occupent exclusivement de l'analyse quantitative. C'est surtout ici que les réflexions émises en commençant sont applicables, lorsque nous réclamons de l'opérateur une rare habileté pratique; l'auteur l'a compris, et il a redoublé de soins pour rendre son œuvre complète. Après avoir passé en revue la série de tous les corps simples les plus connus avec leurs principaux composés, et donné avec soin les divers procédés d'analyse par la méthode des pesées, il consacre de longs développements à l'analyse volumétrique dont il fait ressortir les avantages incontestables, tout en signalant quelques inconvénients. Puis vient l'analyse immédiate, l'analyse élémentaire et celle des gaz. Enfin, il termine par les équivalents chimiques, leur application et les calculs divers auxquels il faut se livrer pour terminer un travail analytique.

On ne peut disconvenir que M. Deschamps a fait une œuvre utile. La matière était ardue; il a su vaincre les difficultés. Un semblable travail exposait à des longueurs, à des répétitions; il les a évitées, sans pour cela rien oublier ni manquer d'être clair et correct. De nombreuses figures sont intercalées dans le cours de l'ouvrage pour aider à la clarté du texte. Les jeunes chimistes qui se livrent à l'analyse et se rompent chaque jour à de laborieuses et consciencieuses épreuves, y trouveront de très-utiles renseignements. Sa lecture leur épargnera souvent de nombreuses recherches, et surtout la perte d'un temps précieux.

Ars longa, vita brevis! A. B.

De l'emploi des eaux de Vichy dans les affections chroniques de l'utérus; par le Dr Willemin, médecin inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, etc.

L'efficacité des eaux de Vichy dans certaines affections des organes digestifs et urinaires, est aujourd'hui sanctionnée par une longue et vaste expérience. Il n'en est pas de même à l'égard des maladies chroniques de l'utérus. C'est, en effet, une question bien controversée que celle de l'action des eaux minérales et spécialement des eaux de Vichy dans le traitement des affections de la matrice. La discussion qui a eu lieu dernièrement à la Société d'Hydrologie le prouve suffisamment. Bien des stations thermales sulfureuses ou alcalines ont été tour à tour préconisées; et, cependant, quand il s'agit de se prononcer sur leur valeur thérapeutique, le praticien est fort embarrassé. Cet embarras tient à ce que chaque source a trouvé dans son médecin inspecteur un partisan trop absolu, et qu'elle est appelée par lui à guérir toutes les maladies que renferme le cadre nosologique. Hâtons-nous toutefois de le proclamer, depuis quelques années, grâce aux efforts des Sociétés d'Hydrologie, une direction scientifique a été imprimée aux études sur les eaux minérales. Les médecins ont compris qu'ils servaient mieux les intérêts de l'humanité et ceux de leurs sources thermales en cherchant à déterminer d'une manière précise le mode d'action et le degré d'influence de celles-ci. Cette appréciation, pour être juste, doit s'appuyer sur des résultats cliniques; elle ne peut se faire qu'à l'aide d'observations nombreuses et consciencieusement recueillies. C'est la marche qu'a suivie dans son ouvrage M. le Dr Willemin.

C'est surtout contre les engorgements de l'utérus que les eaux de Vichy peuvent être employées avec avantage. Mais ce mot engorgement a soulevé de vives discussions; il a donné lieu à des interprétations diverses : il importait donc

de le bien définir. Après avoir rappelé les opinions émises à ce sujet, et s'appuyant sur un certain nombre de faits, M. Willemin conclut qu'on doit admettre l'existence d'un état morbide de l'utérus, qui est souvent la conséquence d'une métrite aiguë ou chronique, qui peut provenir de causes nombreuses, essentiellement caractérisé par l'engorgement, c'est-à-dire l'augmentation de volume accompagnée de déviation, d'inflexion, d'altération de la muqueuse du col.

Ces engorgements sont quelquefois indolents, tels sont ceux qui se produisent à la suite de couches ou d'avortements; et d'autres fois ils s'accompagnent de métrite aiguë ou chronique. Or, l'expérience prouve que la médication thermale de Vichy produit des effets bien différents dans ces deux circonstances.

M. Willemin rapporte quinze observations d'engorgement indolent de l'utérus avec anteversion; quelques-uns étaient compliqués d'excoriations et de granulations du col. Sur ce nombre, il a obtenu douze fois une guérison complète, deux fois un amendement notable; dans un cas où le traitement a été incomplet, il y a eu un commencement d'amélioration. L'examen, quand il a été possible après la cure, a permis de reconnaître que l'engorgement avait disparu. Quant au déplacement, cinq fois sur neuf, il avait cessé.

Lorsque avec l'engorgement a coïncidé un élément phlegmasique, le résultat a été bien différent. La médication thermale est restée insuffisante. La guérison est devenue une exception : sur vingt-sept malades atteintes de métrites subaïgues ou chroniques, on ne trouve que deux ou trois guérisons plus ou moins complètes; dans la moitié des cas, il n'y a eu qu'une simple amélioration; dans l'autre, après un soulagement plus ou moins marqué, les douleurs n'ont pas tardé à reparaître. Les signes de cette phlegmasie subaïgue ou chronique qui constitue une véritable contr'indication, sont la sensibilité du col utérin, la dilatation de

son orifice externe, sa disposition à saigner au moindre contact. Cette différence d'action du même traitement dans deux états morbides en apparence assez semblables (les engorgements et les métrites chroniques), montre que cette distinction dans l'espèce est fondée. Aussi l'auteur établit-il que lorsqu'une femme se présente pour la cure de Vichy avec une affection utérine où prédomine encore l'élément phlegmasique, il importe de faire disparaître cet élément par les moyens appropriés avant de recourir à la médication thermale.

Les affections chroniques de l'utérus avec rétroversion ont été heureusement modifiées à Vichy. Huit cas de ce genre de maladie ont donné quatre guérisons définitives et deux améliorations notables. M. Willemin a vu la déviation disparaître en même temps que les douleurs et l'engorgement.

La thérapeutique hydro-thermale a été encore très-favorable dans les anté-flexions et rétro-flexions, lorsqu'il n'existait pas de métrite chronique.

Dans ces dernières années, grâce aux travaux de MM. Huguier, Gosselin, Grisolle, Valleix, Nonat et Gallard, l'attention des médecins a été dirigée vers l'étude des phlegmons péri-utérins. Cette affection se montre sous les formes aiguë, subaïgue ou chronique; elle se termine quelquefois par résolution, bien souvent par la formation d'un abcès, le plus ordinairement elle reste stationnaire des mois entiers, et il se forme alors une tumeur plus ou moins considérable. Dans les cas de phlegmons péri-utérins, le traitement thermal a produit un résultat satisfaisant. Sur dix faits qu'a observés M. Willemin, il a noté six guérisons et deux améliorations. Deux fois seulement la maladie a persisté; encore, dans l'un de ces cas d'une complication extrême, y a-t-il eu une amélioration évidente qui s'est soutenue plusieurs mois.

Le dernier chapitre est consacré à faire connaître l'influence

des eaux de Vichy contre la stérilité. Les causes de cette fâcheuse anomalie sont la rétroversion d'une part, et de l'autre l'inflammation de l'utérus avec les altérations qu'elle entraîne. Plusieurs malades, affectées soit de déplacement, soit d'inflexion de la matrice, ont pu concevoir lorsque les eaux de Vichy avaient fait disparaitre l'engorgement et la déviation.

M. Willemin résume en ces termes le mode de traitement qu'il a conseillé, ainsi que ses effets généraux et locaux :

« Le traitement que j'ai employé a surtout consisté en bains aidés d'irrigations durant le bain; dans un certain nombre de cas, j'ai prescrit avec avantage les bains de piscine.

» Très-rarement les irrigations ont paru déterminer une légère irritation locale, toujours facile à calmer. Il s'est manifesté quelquefois pendant la cure (soit par les irrigations, soit par la piscine), et sans que les malades en eussent conscience, un léger œdème du col, déterminé par l'infiltration de la muqueuse; cet accident est sans importance et disparaît spontanément en quelques jours.

» Parfois, il s'est déclaré un écoulement leucorrhéique passager, ou celui qui existait antérieurement a augmenté, en même temps qu'il se faisait une amélioration dans l'état de la malade.

» Le premier effet des eaux a toujours été de diminuer ou de faire disparaître l'engorgement, même quand celui-ci dépendait d'une métrite chronique.

» Plusieurs malades ont terminé leur cure sans qu'il fût survenu dans leur état une grande amélioration; elle s'est déclarée insensiblement à la suite de la cure.

» Outre leur action résolutive locale, les eaux de Vichy ont sur l'économie une action générale; c'est par ce dernier mode d'action que ce traitement a pu produire la guérison de malades dont la déviation utérine n'était liée à aucun engorgement appréciable de la matrice.

» Les eaux de Vichy ont, en outre, sur des médications analogues pour leurs effets généraux, l'avantage de combattre efficacement (grâce à leur composition chimique spéciale), d'une part, les accidents de dyspepsie, souvent liés aux affections chroniques de l'utérus, et de l'autre, la gravelle urique, qui en est une complication assez fréquente. »

En résumé, la monographie de M. Willemin vient ajouter un chapitre important à l'appréciation thérapeutique des eaux de Vichy. Elle révèle chez l'auteur un clinicien habile, un observateur sagace et consciencieux; elle dénote le désir de ne donner que des notions exactes sur une médication dont il a étudié les effets. C'est donc un véritable service que M. Willemin a rendu à ses confrères en publiant les résultats que sa pratique aux eaux thermales de Vichy lui a permis de constater.

Henri GINTRAC.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

De l'assa-fœtida contre les oxyures vermiculaires. — Dans la séance du 23 mars dernier de la Société médicale des Hôpitaux, M. le Dr Hervieux a appelé l'attention de ses collègues sur de graves accidents occasionnés par ces helminthes et sur la persistance des phénomènes qu'ils produisent. Ce médecin ne reconnaît guère que des moyens palliatifs à opposer à la présence de ces vers. Il ne croit pas à la cure radicale des oxyures par aucun des moyens connus jusqu'à ce jour, et il arrive à cette conclusion après avoir énuméré tous ceux à peu près qu'on leur oppose. — M. le Dr Bourgeois, d'Étampes, s'élève contre l'assertion de M. Hervieux. Quant à l'emploi de l'*onguent napolitain*, depuis vingt-cinq ans qu'il le met en pratique, il ne lui a jamais fait défaut. Le Dr Bourgeois porte avec le doigt cet onguent aussi haut que possible dans l'intestin. Il est bon de renouveler cette introduction au moins trois jours de suite.

Quant à nous, ayant eu souvent l'occasion, dans une longue pratique, de constater les accidents que produisent les oxyures

chez les enfants, nous en avons aussi souvent triomphé par des lavements avec une décoction de quelques grains d'ail, quelquefois nous avons observé des récidives, plus souvent nous n'avons plus entendu de plaintes sous ce rapport. Nous ne nous rappelons pas où nous avons puisé l'idée de l'emploi de ce moyen.

Nous trouvons dans le nº 14, 5 mai 1859, du journal de Boston, *The Boston medical and surgical Journal*, un article relatif au traitement des ascarides, qui préconise à son tour une substance non encore mentionnée dans ces cas : c'est l'emploi de l'assa-fœtida et de l'aloès. Pendant une pratique de quarante ans, l'auteur, M. le Dr Nath. Smith, de South Creek Bradfort, Co-Pa, ne l'a jamais vu en défaut. Il tenait ce remède des leçons du Dr Mussey, au collége de Dartmouth. Il l'employait avec un égal succès dans tous les âges, en teinture, probablement à l'intérieur, puisqu'il ajoute que, dans quelques cas, il avait le soin de débarrasser l'intestin des mucosités et autres matières par quelques doses de calomel et de rhubarbe.

Emploi externe de l'acide chlorhydrique. — Les traités de matière médicale qui parlent de l'usage externe de l'acide chlorhydrique, le font d'une manière si vague, que l'on ne doit pas s'étonner du peu d'applications que l'on en a faites pour modifier l'état de la peau. Il paraît cependant, d'après des recherches du professeur Kletzinsky, que ce puissant agent chimique exerce sur le tégument externe une action remarquable, que le médecin peut mettre à profit dans le traitement d'une foule de dermatoses. De ces recherches il résulte, en effet, qu'il n'est peut-être pas de moyen thérapeutique plus capable que l'acide chlorhydrique, de favoriser la circulation de la peau et de stimuler ses fonctions lymphathique et glandulaire. Ce qui le prouverait déjà, c'est qu'en mettant l'acide convenablement en contact avec une partie limitée de la peau, celle-ci exhale de 27 à 80 pour cent plus d'acide carbonique et de 7 à 12 pour cent plus d'eau qu'une autre partie de peau privée de ce contact. Ce fait constaté expérimentalement par Kletzinsky, l'a engagé à faire l'essai de l'acide chlorhydrique contre plusieurs maladies cutanées, et voici à quels résultats ces essais ont abouti :

1° L'acide chlorhydrique peut rétablir les fonctions de la peau, momentanément troublées, en stimulant la circulation locale, etc. Aussi guérit-il parfaitement l'état cyanosique des mains causé par le froid et les engelures, et, appliqué prophylactiquement, prévient-il ces affections.

2° Il diminue les sueurs si incommodes des pieds et des mains, et peut même, si son usage est suffisamment prolongé, les tarir définitivement.

3° Il modifie avantageusement une foule de dermatoses de la nature la plus variée, mais surtout l'acné folliculaire. Par ses propriétés stimulantes il fait disparaître les taches et exsudations qui siégent dans la peau.

4° L'acide chlorydrique, appliqué convenablement, ne porte aucune atteinte à l'intégrité de l'épiderme, dont il enlève même les rugosités et les callosités. De plus, il présente toutes les propriétés des meilleurs cosmétiques, en rendant la peau souple, serrée et capable de mieux résister aux influences qui peuvent l'atteindre.

5° Pour en faire les applications dont il s'agit, l'on doit faire choix d'un acide chlorydrique pur, exempt de fer et de chlore libre, et s'en servir dans un degré de concentration aussi prononcé que la sensibilité cutanée le permet; Kletzinsky s'en est souvent servi, même à l'état fumant. Après un quart de minute à une minute, on lave la partie avec de l'eau pure et après avec du savon. L'auteur a trouvé que l'acide le plus concentré est supporté le plus longtemps par les mains; moins longtemps par les pieds, surtout par les orteils, et moins encore par la peau du front. On peut mêler l'acide chlorhydrique à la glycérine; ce mélange permet de l'appliquer à des endroits très-sensibles et d'en faire durer les applications plus longtemps.

(*Œster. Zeitschr. f. prakt. Heelk.*; 1858, IV, 12 et *Ann. méd de la Fl.-Occ.*)

De l'acétate de plomb contre la phthisie pulmonaire. — Contre la phthisie pulmonaire que ne serait on tenté d'essayer? M. Beau vient à son tour proposer une médication. Nous croyons devoir la faire connaître. La nature guérit la tuberculisation

pulmonaire, dit M. Beau, pourquoi ne chercherions-nous pas à lui dérober son secret? — C'est par un antagonisme pathologique que cet observateur croit atteindre son but; il existerait, selon lui, dans les effets de l'intoxication saturnine. — M. Beau a vu des peintres, des potiers, des cérusiers très-affaiblis, mais il n'a rencontré qu'un seul de ces ouvriers qui fût phthisique, et dans ce cas, l'exception n'était qu'apparente, car le malade n'avait jamais éprouvé aucun symptôme d'intoxication saturnine.

Eh bien! de la notion d'un antagonisme spécial entre le tubercule et la cachexie saturnine, a découlé pour M. Beau l'idée de produire artificiellement une imprégnation de même nature dans un but thérapeutique.

Ce n'est pas la première fois sans doute, que les préparations de plomb ont été prescrites chez les phthisiques; mais si l'acétate de plomb a été dirigé, notamment par le professeur Fouquier, contre les sueurs profuses et la diarrhée colliquative des tuberculeux, ce sel n'était donné qu'à titre d'astringent et de palliatif; ici, au contraire, c'est comme altérant que M. Beau administre l'agent saturnin, et il le prescrit dans une intention curative.

Cinq ou six malades de son service prennent des pilules de Morton, euphémisme inventé pour dissimuler la véritable nature du médicament. Les pilules de Morton sont composées de substances balsamiques; celles qu'emploie M. Beau ne renferment que du carbonate de plomb à la dose de 10 centigrammes par pilule. Ce médecin commence par une pilule; le lendemain il en donne deux, puis trois, et il va ainsi en augmentant chaque jour jusqu'à production de signes manifestes d'imprégnation saturnine, qui sont la teinte ictéroïde, le liseré des gencives et l'analgésie. Il s'arrête aussi quand le malade accuse des douleurs dans les membres et de la courbature.

Parmi les malades soumis à ce traitement, nous citerons deux femmes couchées dans la salle Saint-Vincent. La première avait une toux quinteuse, provoquant des vomissements et l'empêchant de se nourrir. Chez elle, la phthisie était caractérisée par de la matité, de l'expiration prolongée, de la rudesse respira-

toire, quelques craquements, et depuis quelque temps, il s'était joint à la toux et à l'expectoration muco-purulente, de l'hémoptysie, des sueurs nocturnes et de la fièvre le soir. Chez cette malade l'imprégnation a été facile, et la dose de trois pilules a suffi pour provoquer des douleurs arthralgiques ; M. Beau a réduit la prescription à deux pilules. Elle a souffert pendant quelques jours, même après la cessation du traitement, mais elle *ne toussait plus*. A sa sortie, l'expectoration était complétement tarie et il n'y avait plus de craquements ; la malade ne vomissait plus ; elle avait de l'appétit, elle se nourrissait, elle était dans des conditions aussi bonnes que possibles. A quelques lits de cette femme, une institutrice était atteinte d'une phthisie encore plus caractérisée. Cette jeune personne porte une caverne énorme sous la clavicule droite ; elle crachait considérablement, et le dégoût que lui inspiraient ses crachats lui ôtait tout appétit. Le traitement par les pilules de céruse a été commencé le 8 avril. L'imprégnation a été rapide, et après avoir atteint le chiffre de six pilules par jour, il a fallu rétrograder devant les douleurs arthralgiques. Mais les caractères de l'expectoration étaient notablement modifiés ; les crachats, dont l'odeur fétide excitait au passage une répulsion allant jusqu'au vomissement, avaient perdu toute odeur désagréable et leur nombre était sinsulièrement réduit.

Nous savons qu'à l'hôpital Saint-André, un de nos confrères essaie l'acétate de plomb contre la phthisie, et nous espérons pouvoir faire connaitre les résultats qui seront obtenus. Mais faut-il le dire, nous n'osons pas trop compter sur le succès.

Symptôme de l'intoxication arsénicale. — D'après M. Butler, le premier symptôme qui dénote l'infection arsénicale, c'est une légère bouffissure des paupières. (*Allanta med. and. surg. Journal* ; sept. 1858.) Chez un malade atteint de dermatose squammeuse (*psoriasis guttata*) invétérée, et chez qui l'emploi des préparations arsénicales donne toujours lieu à des guérisons malheureusement momentanées, le premier symptôme qui dénote la saturation de l'organisme est toujours la bouffissure des paupières signalée par M. Butler, mais accompagnée d'une in-

jection conjonctivale périphérique, analogue à celle que l'on observe au début des conjonctivites catarrhales.

(*Ann. méd. de la Fland. occident.*, N° 5.)

Hydrocèle; guérison presque extemporanée et sans opération chirurgicale. — M. Pétrequin, de Lyon, vient de publier dans la *Gazette médicale de Paris* (1859, n° 4) une observation d'hydrocèle volumineuse déjà ancienne, guérie par lui en 1857 sur un homme de quarante-cinq ans.

Voici de quelle manière l'auteur décrit le procédé opératoire : « Les deux pôles d'une pile de Bunsen furent appliqués, l'un sur la base, l'autre sur le sommet de l'hydrocèle; la séance dura environ une demi-heure. Outre l'impression douloureuse qu'on ne peut guère éviter dans ces cas, notre opéré éprouva la sensation toute particulière d'un mouvement vermiculaire, d'une agitation intime, comme si le liquide se fût mis à couler et à remonter vers le ventre. La tumeur semblait avoir un peu diminué. On le mit au lit, où il demeura jusqu'au lendemain, et alors, à notre grande surprise, son hydrocèle avait disparu. On lui appliqua un suspensoir modérément compressif; il continua le traitement interne (liqueur de Fowler et tisane dépurative de saponaire et de chicorée amère). Le malade avait été pris antérieurement, à la suite d'une émotion vive, d'affection eczémateuse, et quelques jours après il fut purgé. Je le vis encore par intervalles pendant un mois; la guérison ne s'était pas démentie, et je tiens à constater qu'il ne survint d'ailleurs aucun accident. Il arrivera, sans doute, des cas moins heureux où il faudra une deuxième ou une troisième séance d'électrisation. »

Sans vouloir contester à M. Pétrequin l'honneur de la découverte du procédé dont il s'est servi dans le cas ci-dessus mentionné, nous rappellerons que l'électro-thérapie a été appliquée avec succès au traitement de l'hydrocèle par M. Rodolfo Rodolfi, qui a publié en 1857, dans la *Gazette médicale de Lombardie*, les observations cliniques relatives à ce sujet. (V. *Presse médicale belge*, 1857, 20 décembre.) (*Ann. méd. de la Fl.-Occ.*)

Invagination intestinale — Nouveau traitement. — Il consiste à considérer le canal intestinal comme une sorte de réservoir

dans lequel on peut se faire dégager de l'acide carbonique. Il s'agissait d'une hernie étranglée; malgré la chloroformisation, le taxis ne pouvait réussir. On opéra alors la hernie, et l'on fit rentrer la portion d'intestin qui était étranglée. Les vomissements et les hoquets n'en persistèrent pas moins avec une violence égale. La région de la hernie n'était pas plus douloureuse, mais le malade souffrait de douleurs intenses dans le voisinage de l'ombilic. L'huile de ricin, des lavements d'eau chaude, d'huile de croton, etc., restèrent sans résultat. Alors on fit pénétrer dans le canal intestinal, au moyen d'une seringue, de l'eau pure jusqu'à ce que le ventre fût distendu comme un ballon; puis on y introduit de la même façon une solution de 40 grammes d'acide tartrique, et ensuite une égale quantité d'une solution de bicarbonate de soude. Un homme vigoureux fut chargé de tenir l'anus fermé avec une compresse. Le malade poussa des cris de frayeur, assurant que son ventre allait éclater. On enleva alors la compresse. Des gaz, de l'eau, des matières fécales firent irrupttion au dehors avec violence. Une demi-heure plus tard on répéta la même injection avec un égal succès. Le malade guérit complétement.

(Medical and surgical Reporter.)

Empoisonnement par le phosphore; traitement. — L'emploi des allumettes chimiques a multiplié, depuis quelques années, les cas d'empoisonnement par le phosphore. Il n'est donc pas sans à propos de faire connaître le traitement de ces graves accidents, que MM. Antonielli et Borsarelli ont reconnu expérimentalement pour le plus efficace. De leurs expériences il résulte :

1° Que, dans l'empoisonnement par le phosphore ou par les substances qui en contiennent, il faut surtout éviter d'employer des matières grasses; car celles-ci, loin de s'opposer à l'action du phosphore sur les organes, en augmentent l'énergie et en facilitent la diffusion dans l'économie;

2° Que l'emploi de la magnésie calcinée, en suspension dans l'eau bouillie et administrée en grande quantité, est le meilleur contre-poison et en même temps le purgatif le plus convenable pour faciliter l'élimination de l'agent toxique;

3° Que, dans les cas d'empoisonnement par le phosphore où il se présente de la dysurie, l'emploi de l'acétate de potasse est d'une grande utilité;

4° Que toutes les boissons mucilagineuses, dont le malade fait usage, doivent être préparées avec de l'eau bouillie, afin qu'elles contiennent la plus petite quantité d'air possible.

(Giorn. di farmacia et chimica di Torino.)

Nouveau mode de pansement des plaies d'amputations.

Après une amputation en lambeaux, mais surtout après une amputation circulaire de la cuisse dans sa continuité, par exemple, lorsque, la ligature des vaisseeux étant faite, il ne s'agit plus que d'obtenir la réunion des chairs entre elles et avec l'os, on est dans l'habitude de faire amener ces chairs en avant de l'os par les mains d'un aide, en les attirant de la base du moignon vers son sommet; puis afin de prolonger cette situation des parties molles, le chirurgien applique de la base du moignon vers la plaie un bandage roulé, dont les doloires s'arrêtent à la distance de 6 à 8 centimètres de la solution de continuité. Cela fait, l'aide continuant à soutenir les chairs, on donne à la plaie une direction déterminée, soit antéro-postérieure, soit oblique, le plus souvent verticale, et portant, autant qu'on le peut, l'une vers l'autre, les deux lèvres de la plaie, on les maintient en contact avec des bandelettes de sparadrap de diachylon gommé, qui prennent un point d'appui sur un des côtés du moignon, passent en travers sur la plaie et sont fixées sur l'autre côté du moignon. L'angle inférieur de la plaie, ainsi devenue oblique ou verticale, a été laissé un peu béant pour la sortie du sang et de la suppuration. D'autres pièces de l'appareil sont disposées pour recevoir ces liquides, etc.

M. Laugier fait à ce mode de pansement presque universellement adopté plusieurs reproches. Les bandelettes, bien que soutenues elles-mêmes par d'autres bandelettes circulai-

res, ne maintiennent pas exactement la réunion qu'elles sont destinées à produire; leur constriction, qui doit toujours être modérée, sous peine d'étranglement du moignon bientôt tuméfié par l'inflammation traumatique, cède au poids du membre placé sur un coussin ou sur le lit, dans une position qui tend à écarter les lèvres de la plaie; celle-ci redevient béante dans l'intervalle des pansements, qu'il faut alors refaire plus souvent.

Les bandelettes de linge ou de sparadrap appuyées sur les lèvres de la plaie ont l'inconvénient de repousser les chairs en arrière, de favoriser aussi la saillie des os, et de contribuer à laisser au-devant d'eux une sorte de cloaque rempli des fluides sécrétés ou exhalés par la face interne des lambeaux ou du cône de l'amputation circulaire. Enfin, les bandelettes de diachylon gommé causent aussi quelquefois un érysipèle. En résumé, les bandelettes transversales à la direction de la plaie ne réalisent pas l'action de la main de l'aide qui réunit la plaie du fond vers ses lèvres, et cependant la réunion du fond de la plaie est bien plus importante encore à obtenir d'emblée que celle de ses bords.

M. Laugier, dans le but d'obvier à ces divers inconvénients du mode de pansement en usage, propose de lui substituer un nouveau mode de pansement qui a pour principal objet d'obtenir, à la suite des amputations dans la continuité des membres, la réunion immédiate du fond de la plaie. Il consiste à maintenir les chairs en avant et adossées d'un côté à l'autre de la plaie et à engager sous le bandage roulé *deux plaques de liége* d'un demi-centimètre d'épaisseur, et dont la longueur et la largeur permettent d'embrasser presque circulairement le moignon, depuis sa base jusqu'à son sommet, et de le dépasser à cette extrémité libre de 7 à 8 centimètres. Cette partie libre des plaques est digitée, et percée à chaque doigt d'un trou pour recevoir un bout de ruban ou de lacet, qui, à la fin du pansement, réunit les di-

gitations des plaques affrontées deux à deux. Avant d'engager les plaques sous le bandage roulé, on environne l'extrémité libre du moignon, au niveau de la partie profonde de la plaie, de bandes circulaires épaisses d'amadou pour rendre la pression des plaques de liège plus douce et en même temps plus efficace, puisque cette couche d'amadou écarte la base de leurs digitations, dont les extrémités libres seront rapprochées et nouées par le lacet. Au lieu de réunir les lèvres de la plaie par la suture sèche, M. Laugier se borne à interposer un mince plumasseau de charpie enduit de cérat. Ces plaques de liége, que M. Laugier préfère à la gutta-percha, qui se moule facilement mais ne tarde pas à se durcir, continuent l'action des mains de l'aide. Si elles doivent leur action au bandage roulé dans lequel on les engage, elles lui donnent de la solidité. On ne les retire pas à chaque pansement; on écarte doucement leurs extrémités libres pour changer les pièces de l'appareil extérieur et pour le lavage, s'il est nécessaire; et, le pansement fait, on noue la rosette de chaque bout de lacet. Ce sont les plaques qui supportent les pressions en tous sens auxquelles, dans le pansement ordinaire, est exposé le moignon. Elles le protégent contre les chocs de tout genre, et il est placé dans une sorte d'étui ou de portefeuille solide sans être dur, et qui permet au malade des mouvements très-étendus sans douleur.

Les avantages que M. Laugier attribue à ce pansement sont: de procurer promptement la réunion du fond des plaies d'amputations des membres dans la continuité; de soutenir les chairs ramenées au-devant de l'os; d'assurer la direction donnée aux lèvres de la plaie; de supprimer les inconvénients des bandelettes agglutinatives; enfin, de protéger le moignon contre les chocs extérieurs et de faciliter les mouvements du malade et du membre amputé.

(Comptes rendus de l'Académie des sciences.)

Faut-il renoncer au chloroforme? Faut-il lui préférer l'éther?

On a dit bien des fois déjà que la découverte du chloroforme était l'une des plus brillantes conquêtes de notre époque. Mais il arrive toujours un moment de réaction après celui de l'enthousiasme; et souvent, il est aussi difficile de se défendre de l'un que de l'autre. — Il est des esprits méticuleux ou plus prudents, des cœurs plus accessibles à la moindre responsabilité, qui, voyant qu'on n'est pas toujours sûr de recourir avec innocuité à l'emploi de cet agent aussi terrible que merveilleux, aimeraient mieux livrer de nouveau l'humanité à la loi sévère de la douleur, comme compagne des opérations chirurgicales, que de risquer de lui livrer une seule victime.

Presque à la fois, deux corps savants, la Société de Chirurgie de Paris, et la Société de Médecine de Lyon, viennent d'agiter de nouveau cette grave question de l'emploi du chloroforme. La première, entendant raconter un cas de mort survenue chez un malade confié pourtant aux soins d'un habile chirurgien qu'on ne saurait accuser de négligence envers aucun des préceptes jusque-là formulés; forcée d'attribuer la catastrophe à la seule action toxique de l'agent anesthésique, s'est vue nantie de la proposition de *renoncer définitivement* à l'usage du chloroforme.

M. Hervez de Chégoin n'a pas reculé devant cette conclusion; mais le chloroforme a trouvé des défenseurs, et la Société de Chirurgie, après une discussion approfondie, a rejeté, à l'unanimité, cette demande de proscription.

A Lyon, la Société de Médecine a consacré deux séances à l'important problème du choix à faire entre les deux anesthésiques, l'éther et le chloroforme. M. Barrier avait soulevé la question, et pour lui c'était la résoudre. La mort a souvent suivi l'emploi du chloroforme; on n'a pas le même re-

proche à adresser à l'éther. Donc, on ne saurait balancer dans le choix. Si la question pouvait être réduite à ces termes, tout le monde partagerait l'opinion de la Société de Médecine de Lyon.

Mais l'éther remplit-il au même degré l'action anesthésique du chloroforme, n'a-t-on pas à lui reprocher son infériorité sous ce rapport, et est-il bien exact de dire qu'il n'a jamais occasionné la mort? Si à Lyon on n'a pas constaté ce résultat, il n'en a pas été partout de même. Il est vrai que les cas de mort qu'on lui a vu produire sont rares; mais aussi quelle différence dans l'usage qu'on en a fait? S'il eût continué à être employé seul, la liste de ses victimes serait peut-être aussi nombreuse que celle des victimes du chloroforme.

On ne peut accuser précisément les praticiens des résultats funestes lorsqu'ils sont survenus, puisque ce n'est ni à la *quantité* du chloroforme, ni au *mode d'administration,* ni à aucun fait connu qu'on a pu avec justice les attribuer. Il n'en est pas moins vrai qu'il est des lieux où aucune catastrophe n'a troublé l'usage de ce précieux moyen. A Bordeaux, dans un vaste hôpital, où trois services de chirurgie ont si souvent occasion d'invoquer l'anesthésie et où le chloroforme seul est employé, on n'a, que je sache, à déplorer aucun événement fatal. Il en est de même à Montpellier; et lorsque sur des milliers d'opérations on ne compte proportionnellement que de très-rares victimes, il faut se résigner au mal qui paie un si grand bien.

N'incisera-t-on plus un panaris, parce qu'on a vu la mort suivre ce petit coup de bistouri? N'opérera-t-on plus le phymosis, l'ongle incarné, etc., parce que quelques sujets ont succombé après ces opérations si souvent bénignes? On n'y renoncera pas; mais l'attention éveillée sur les circonstances fatales à rechercher, on finira peut-être par les trouver. Et dès à présent ne peut-on diriger les études sous ce rapport de manière à les rendre fécondes? Il nous semble que c'est

dans les prédispositions des sujets qui ont été frappés, que l'on doit surtout rechercher la véritable cause des catastrophes. Sans doute, on ne doit négliger aucune des circonstances qu'à tort ou à raison on a accusé de nuire. On doit choisir un chloroforme pur et se conformer aux préceptes déjà sanctionnés par l'expérience, et qu'un de nos collègues a si heureusement résumés [1]; mais ces conditions remplies, on ne peut refuser au malade les bienfaits de l'anesthésie.

Donc, quant à la solution de la question posée à la Société de Médecine de Lyon, nous ne croyons pas que les éléments soient encore recueillis en assez grand nombre; que l'expérience comparative ait été assez longue, assez générale pour légitimer les conclusions qu'elle a formulées, et qui se résument en cette dernière : « l'éther doit être préféré au chloroforme. » C.

Contagion des accidents secondaires de la syphilis.

Nous ne voulons pas laisser passer, sans un mot d'appréciation, la solution que l'Académie de Médecine de Paris vient de donner à la question de la contagion des accidents secondaires de la syphilis. — Ce n'est pas pour nous que l'expérimentation de l'inoculation de ces accidents à l'homme sain était nécessaire, il nous suffisait que l'expérience clinique eût répondu, et, avec un peu moins de scepticisme et surtout moins de soupçon envers des malades le plus souvent désintéressés, le créateur du *code syphilitique* se fût plus facilement laissé ébranler dans sa doctrine. Au reste, M. Ricord était dans ses entretiens particuliers moins absolu en faveur de ses *lois*, et il nous souvient de l'avoir entendu répondre avec plus de laisser-aller dans des conversations intimes. Un jour, chez l'un de ses amis, peut-être *plus royaliste que le*

[1] Voyez : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1857, *des Anesthésiques*. Extrait des leçons de M. le Dr Jeannel, p. 466-537.

roi, le célèbre syphiliographe était bien près de rendre les armes sur cette fameuse question. Il est vrai qu'il était pressé d'arguments et de faits, et que ce n'était pas le moment peut-être de s'inscrire en faux contre ceux qu'on lui produisait, et puis c'était après dîner, et l'on est alors aussi plus disposé aux concessions; tant il y a que nous avons été beaucoup moins étonné que bien d'autres de voir la nouvelle profession de foi de M. Ricord, et que nous avons pensé que si elle n'avait pas dû avoir autant d'éclat, peut-être eût-elle été faite de meilleure grâce.

Quoi qu'il en soit, nous estimons que cet aveu ne diminue en rien la valeur des travaux du chirurgien de l'hôpital du Midi, bien que le *système* y perde quelque chose. C.

CHRONIQUE.

M. le baron H. Larrey, avant son départ pour l'armée d'Italie, a fait don à la commune de Baudéan (Hautes-Pyrénées), de la maison qui a vu naître son illustre père, et d'une rente de 500 fr. sur l'État, pour l'établissement d'une salle d'asile destinée aux enfants de cette commune.

Programme d'un prix proposé par la Société Médicale de Genève.

La Société Médicale de Genève décernera, en 1860, un prix de 1000 francs et un accessit de 500 francs aux auteurs des deux meilleurs travaux inédits sur les questions relatives à la variole, à la varioloïde, à la varicelle, à la vaccine et aux revaccinations. Les concurrents devront s'attacher plus particulièrement aux points suivants :

1° Rechercher, par la comparaison des principales épidémies de variole qui ont sévi en Europe dans le XIXe siècle, si cette maladie tend de nouveau à augmenter de fréquence et quelles sont les formes sous lesquelles elle se présente aujourd'hui chez les sujets vaccinés.

2° Déterminer si les sujets revaccinés sont complétement et

définitivement préservés de la variole; dans le cas contraire, indiquer le degré et la durée de la préservation.

3° Résumer sous forme de conclusions pratiques, les données fournies par la solution des questions précédentes.

Les mémoires, rédigés en français, en allemand, en anglais, en italien ou en latin, devront être adressés *franco*, avant le premier juin 1860, au secrétaire de la Société. Le nom de chaque auteur devra être renfermé dans un pli cacheté annexé au mémoire.

La Société se réserve le droit de publier, à ses frais et en français, tout ou partie des mémoires couronnés.

Dans le cas où aucun des travaux reçus ne serait jugé digne, soit du prix, soit de l'accessit. la question sera remise au concours.

Au nom de la Société médicale.

Le Président, H.-C. LOMBARD.
Le Secrétaire, A.-J. DUVAL.

Genève, Grand'rue, 202.

— Un prix extraordinaire de 200 écus romains est offert par l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare à l'auteur du meilleur Mémoire sur cette question : *Des maladies mentales dans leurs rapports avec la médecine légale.*

Les Mémoires, écrits en italien, latin, français, devront parvenir *franco*, avant le 31 mars 1862, à M. le Secrétaire de l'Académie médico-chirurgicale à Ferrare.

L'auteur couronné recevra trente exemplaires de son travail, qui sera publié soit à part, soit dans un des journaux les plus répandus de l'Italie.

Ambulances de l'armée d'Italie.

Il peut être intéressant pour nos confrères de connaître la composition nominale du corps de santé de l'armée d'Italie. La voici telle qu'elle est fournie à la *Gazette médicale* de Paris, par le Dr Armand, médecin-major à l'ambulance du quartier général du 4e corps de l'armée d'Italie :

Médecin inspecteur : M. le baron Larrey, membre du conseil de santé, médecin en chef de l'armée d'Italie.

Médecins principaux de 1re classe : MM. Boudin, Thomas, Salleron, Bertherand, Méry, Champouillon, Cazalas, Fénin.

Médecins principaux de 2e classe : MM. Maupin, Périer.

Médecins-majors de 1re classe : MM. Coblence, Menuau, Gramaccini, Rossignol, Bourdier, de Santi, Gerrier, Gueury, Cordier, Philippe, Pallier, Martenot de Cordoux, Busschaert, Legouest, Lacronique.

Médecins-majors de 2e classe : MM. Renard, Delassus, Cordier, Ehrmann, Vincent, Bécane, Quesnoy, Lefebvre, Armand, Brault, Petitgand, Lemarchand, Honnau, Daga, Corne.

Médecins aides-majors de 1re classe : MM. Glaesei, Morelle, de Menou, Dufresne, Chaumeron, Contrejean, Navarre, Meunier, Spire, Ropert, Potor, Barberet, Aubas, Molard, Delaunay, Lecomte, Windrif, Courboulis, Reeb, Remy, Baelen, Poppleton, Cocud, Bezins, Ponton, Hervé, Renard, Mauduit, Barthet, Rollet, Rol, Bedié, Rozan, Puech, Aspol, Bessière, Rueff, Perréon, Raoult Deslonchamp, Fleury, Allaire, Driard, Douchez, Balech, Milliot, Casses, Chabrely, Petibon, Ouradou, Duanthier, Paret, Widal, Fuzier, Bigot, Morand, Dubosq, Gronnier, Vézien, Mouret, Herbecq, Courbet, Marlier, Mouillac, Roudet, Alix, David de Lestrade, Doin, Hattute, Tirard, Scoutetten, Jacquemin, Mutel, Paulet.

Médecins aides-majors de 2e classe : MM. Boulogne, Guirard, Perrod, Gaujot, Buffet, Tessier, Lhonneur, Krug, Sculfort, Libermann.

Médecin aide-major commissionné : M. Jean.

Pharmaciens principaux de 2e classe : MM. Demortain, Robillard.

Pharmaciens-majors de 1re classe : MM. Gillet, Capiomont.

Pharmaciens-majors de 2e classe : MM. Piton, Cassaigne, Maublanc, Leprieur.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe : MM. Dulierre Boyer, Bouché, Landreau, Dedigneulle, Rateau, Coupard, Besnier, de Montèze, Monsel, Couderc, Cornillon, Soulé, Senaux, Cohade.

Pharmaciens aides-majors de 2e classe : MM. Cauvet, Truquet, Seguinaud, Aveline, Mulet, Muscullus, Parant, Berguier, Fleury, Rabeau.

Pharmacien aide-major commissionné : M. Marcailhou.

ASSOCIATION MÉDICALE DE LA GIRONDE.

Une Assemblée générale aura lieu le dimanche 3 juillet, à midi, sous la présidence de M. Arthaud, dans l'amphithéâtre de l'École de Médecine.

La réunion aura pour but :

1° L'exécution de l'article 4 du Règlement, ainsi conçu :

« Les Sociétaires sont admis en Assemblée générale au scrutin et à la majorité, sur la présentation du Bureau. »

2° La nomination au scrutin de deux membres du Conseil d'Administration pour la circonscription de Bordeaux (ville).

3° La nomination au scrutin d'un Secrétaire-adjoint.

— Il sera envoyé des lettres de convocation individuelles.

Le Secrétaire général,
J. JEANNEL.

La Société médicale du Haut-Rhin a ajourné son agrégation à l'Association générale des Médecins de France.

— L'Association médicale du département de l'Aube a voté, à l'unanimité, l'ajournement *indéfini* de l'annexion à l'Association générale.

— L'Association des Médecins du Rhône a ajourné sa décision, au sujet de l'annexion à l'*Association générale*, jusqu'en octobre 1859, après l'élection du Conseil général qui doit avoir lieu à cette époque.

D'un autre côté, l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux a voté (22 mai) son annexion à l'Association générale, à la majorité de 26 voix sur 28 votants.

Les médecins du département du Puy-de-Dôme se sont constitués en *Société locale*, agrégée à l'Association générale.

Malgré les lenteurs inévitables dans les mesures administratives pour l'organisation des Associations locales, on peut prévoir que la première assemblée générale de l'Association générale, qui doit avoir lieu en octobre prochain, réunira un nombre suffisant de délégués d'une vingtaine au moins de Sociétés locales.

Les tomes IVe et Ve du *Cours Théorique et Clinique de Pathologie interne* de M. E. Gintrac viennent de paraître ; nous en rendrons compte dans un des prochains numéros.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Mai 1850).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
				millimètr	millimètr			
1	12	18	12	757	757	S.-O.	Couv.	
2	10	18	12	758	758	S.-O.	Couv.	Pluie le soir.
3	12	19	13	755,5	755,5	S.-O.	Couv.	Journ. pr., pl. le soir.
4	11	18	12	755	755	S.-O.	Pluie.	Pluie printanière.
5	11	17	11	757	761	S.-O.	Pluie	*Idem.*
6	10,5	19	12	763	764,5	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
7	14	20,5	13	764,5	766	Ouest	Beau.	*Idem.*
8	13	19,5	14	766	765	N.-O.	Beau	Pluie dans la journée.
9	13	23	17	764	764	S.-O.	Beau.	*Idem.*
10	14	25	13	763	763	S.-O.	Beau.	Très-belle journée.
11	12,5	17	13	763	763	N.-O.	Pluie.	Assez forte pluie.
12	14	23	17	762	762	N.-E.	Beau.	Jol. journ. or. pl. le s.
13	13,5	25	18	760	757	N.-E.	Beau.	*Idem.*
14	12,5	20	13	756	755	Nord.	Beau.	Bell. journ., vent vif.
15	9,5	19,5	13	756	757	Nord.	Couv.	Temps orag p. le soir.
16	10	22	14	759	759	Ouest	Beau.	Menace d'or. mil. du j.
17	11	20	14	761	761	Ouest	Couv.	Temps orageux.
18	14	19,5	14	761	761	S.-O.	Beau.	Ciel très-nuageux.
19	12,5	22	14	760	760	S.-O.	Beau.	*Idem.*
20	12	20	15	760	760	S.-O.	Beau.	*Idem.*
21	15	19	15	760	760	S.-O.	Beau.	*Idem*, pluie le soir.
22	13	17	16	759	759	Ouest	Pluie.	Pluie peu abondante.
23	14	19	16	759	759	Ouest	Pluie.	*Idem.*
24	14	20	17	759	760	Ouest	Couv.	Un peu de pluie.
25	13	20,5	17	758	758	Ouest	Couv.	*Idem.*
26	10	19	15	757	756	Ouest	Couv.	Temps orag. pl. le soir.
27	16	17	16	755	755	Ouest	Pluie.	Pluie torrentielle.
28	14	18	16	755	755	Ouest	Pluie.	*Idem.*
29	15	19,5	17	754,5	754,5	S.-O.	Beau.	Ciel très-nuageux.
30	16	23	17	754,5	754,5	S.-E.	Pluie.	Pluie la nuit, pl. lég.
31	15	21	17,5	757	758	S.-O.	Beau.	Ciel nuag., pl. le soir.

Résumé des observations météorologiques de Mai 1859

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	16° les 27 et 30.	25° les 10 et 13.	18° le 13.
Moindre............	9°5 le 15.	17° les 5, 11, 22, 27.	12° les 1, 2, 4, 6.
Moyen..	13° les 8, 9, 22, 25.	20° les 14, 17, 20, 24.	15° les 20, 21, 26.

Chaleur du milieu du jour : 20 jours de 17° à 20° ; 11 jours de 25°5 à 25°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	766 mill. les 7 et 8.
Minimum..................	754,5 mill. les 29 et 30.
Medium..................	759 mill. les 16, 22 et 23.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses, et graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord......... 2 fois.

nord-ouest..	2	»
ouest......	11	»
sud-ouest....	13	»
sud..........	»	»
nord-est.....	2	»
sud-est.....	1	»
est...........	»	»

VENTS DOMINANTS : Ouest et Sud-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 15.

couverts......	8.
pluie..	8.
orage	

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de mai a été généralement humide, quoiqu'on ne compte pas de nombreux jours de pluie. En effet, de petites ondées sont tombées fréquemment surtout pendant la première quinzaine. Cet état de l'atmosphère était favorisé par des vents d'Ouest et de Sud-Ouest qui ont soufflé presque constamment avec beaucoup de persistance. Le temps a été très-souvent orageux; néanmoins, l'orage n'a éclaté que trois fois : le 12, le 13 et le 27. Ce dernier a été accompagné d'une pluie torrentielle. Les variations barométriques ont été peu marquées; la colonne mercurielle a oscillé autour de la hauteur moyenne, sans jamais ni beaucoup s'élever, ni subir une trop forte dépression.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HISTOIRE D'UNE MALADIE DE L'URÈTHRE ET DE LA VESSIE;

par J.-J. CAZENAVE,

médecin à Bordeaux, membre correspondant de l'Académie Impériale de Médecine de Paris.

Scorbut; plusieurs hématuries à la Guadeloupe; pneumorrhagies répétées en France; hématurie très-abondante en 1825; hémoptysie nouvelle; légère hématurie en 1826 persistant trois mois; dysurie en juillet 1827; cathéterisme et deux fausses routes; hémorrhagies répétées de l'urèthre, occasionnées par les yeux de la sonde; nouveau cathéterisme vidant la vessie; rétrécissement organique du canal constaté; hématurie, hémorrhagie de l'urèthre occasionnées par les efforts qu'il fallait faire pour pénétrer dans la vessie; tuméfaction considérable et très-douloureuse des deux testicules et du pénis; fièvre; rétention d'urine; ponction hypogastrique; cinq cautérisations du rétrécissement uréthral; hématurie; caillots sanguins stagnants dans la vessie; nouvelle hématurie; taille sus-pubienne; suture de la vessie; pneumonie chronique s'aggravant; marasme et mort.

M. R..., ex-colon de la Guadeloupe, âgé de soixante-deux ans, était pâle, grêle, bilieux et valétudinaire. Pendant son très-long séjour aux Antilles (ce malade était de Marseille), il avait souvent éprouvé de fortes atteintes de scorbut et uriné du sang trois ou quatre fois; il eut aussi de fréquentes pneumorrhagies dès son arrivée à Bordeaux (1821). Une toux continuelle, de l'oppression, des palpitations de cœur, etc., remplis-

saient les intervalles d'une hémoptysie à l'autre. Ces hémorrhagies cessèrent en 1825, mais pour être remplacées par une hématurie copieuse d'abord, qui dura ensuite près de six mois à un assez faible degré pour ne teindre que légèrement les urines. Un petit voyage fait dans le mois d'octobre de la même année, et pendant un froid humide, provoqua une nouvelle pneumorrhagie : l'hématurie cessa. Ce fut alors qu'on crut M. R... décidément phthysique. Néanmoins, les soins éclairés du Dr Boniol le rappelèrent encore à la vie, mais pour la traîner souffrante et misérable jusqu'à la fin de 1826, époque à laquelle reparut une légère hématurie, qui dura près de trois mois et le soulagea beaucoup.

Une nouvelle hémoptysie eut lieu vers la fin de septembre 1826. L'oppression, la toux, de violentes palpitations de cœur, la fièvre, quelques taches scorbutiques sur la peau, la tuméfaction douloureuse et le saignement des gencives, s'ajoutèrent aux souffrances et au danger du malade, qui demeura valétudinaire pendant tout l'hiver 1826-27, et ne parut se remettre un peu que dans le mois d'avril.

M. R... se trouvant empêché d'uriner le 9 juillet 1827, fit prier son chirurgien de l'aller voir. La saignée, un demi-bain, et quelques autres moyens ayant été inutilement employés, il fallut recourir à la sonde. Bien qu'on procédât au cathéterisme avec une grande dextérité, les difficultés étaient si grandes, que cette opération ne put être faite qu'avec quelques efforts, qu'après beaucoup de tâtonnements et qu'en ouvrant une fausse route. Le soir du même jour, les 10 et 11 juillet, deux fois toutes les vingt-quatre heures, force fut d'en reve-

nir aux mêmes efforts, aux mêmes tâtonnements, qui eurent pour résultat une nouvelle fausse route, située beaucoup plus bas que la première et sur la paroi opposée de l'urèthre. Le 12 juillet enfin on ne put plus sonder M. R... : chaque tentative ensanglantait le malade, et la sonde allait toujours se glissant alternativement dans les deux fausses routes. J'arrivai sur ces entrefaites. Le cathéterisme, auquel je procédai immédiatement, fut facile jusqu'à 16 centimètres du méat urinaire, où je donnai contre un obstacle que je franchis avec quelque peine. Le malade ayant uriné, je pris l'empreinte du rétrécissement, que je reconnus avoir de 20 à 22 millimètres d'étendue, et promis de commencer les cautérisations dès le lendemain [1]. Le 12 au soir, je voulus sonder le malade; mais ce ne fut qu'avec beaucoup de difficulté que je parvins dans la vessie : je me fourvoyai trois ou quatre fois dans les fausses routes; la sonde prenait toujours la direction des deux perforations du canal, quoi que je fisse pour les éviter et pour suivre l'axe de l'urèthre. Je recommençai l'opération en exagérant les préceptes que donne Ledran pour sonder, c'est-à-dire en *tirant fortement la verge sur la sonde, tandis que je poussais la sonde dans la verge.* Cet expédient réussit, et je continuai d'avancer librement jusqu'à l'obstacle cité. Ces traverses dans le cathéterisme occasionnèrent beaucoup de douleur, ensanglantèrent le canal et provoquèrent une hématurie. En somme, le malade n'éprouvait point un très-pressant besoin d'uriner, parce que l'urine s'écou-

[1] Il faut noter que je procédais à ces manœuvres il y a près de trente-deux ans.

lait goutte à goutte dès que l'hémorrhagie avait cessé.

13 juillet. — Je trouvai M. R... pris d'une forte fièvre; la verge, tuméfiée, excessivement douloureuse, était en demi-érection, et le méat urinaire, très-resserré, ne permettait pas l'introduction de la plus petite bougie. Tuméfaction des deux testicules; cordons testiculaires rénitents, douloureux; abdomen légèrement météorisé; soif très-vive. (Douze sangsues sur le scrotum, douze au périnée et douze à la racine de la verge; fomentations émollientes sur l'abdomen. Je fais entourer la verge avec des linges trempés dans une décoction de graine de lin et de têtes de pavots.)

Le malade ne pouvait plus uriner, la vessie se distendait à vue d'œil, les douleurs devenaient intolérables, et les moyens employés n'avaient produit aucun amendement sur l'état de la verge, des testicules, etc., les moments étaient précieux, et c'en était fait de la vie de M. R..., si mon confrère M. Ducos et moi tardions trop d'en venir à un moyen prompt de faire cesser les pénibles angoisses et le danger auquel il allait succomber. Je fis part à la famille de ce qu'il y avait à craindre et de ce qu'on pouvait espérer en faisant la ponction hypogastrique. — Je procédai à cette opération, qui amena, en moins de vingt-quatre heures, l'amélioration graduelle de l'état de la verge, des testicules et des cordons des vaisseaux spermatiques. . . . .

14 juillet. — Pour m'assurer de la distance à laquelle se trouvait être le rétrécissement déjà noté, j'introduisis dans l'urèthre une bougie creuse n° 6, graduée en millimètres, et à cette époque en pouces et en lignes. A peine fus-je parvenu à la fosse naviculaire, que le

malade poussa des cris effrayants, me pria de le laisser, et m'assura ensuite avoir éprouvé une douleur excessive. Rien ne s'opposant au passage de la bougie, je me rendais difficilement compte de ce qu'il venait de ressentir. En réfléchissant néanmoins, d'un côté, à toutes les violences, à l'excès d'inflammation et à la double perforation supportées par l'urèthre, et de l'autre, à la constitution, à tous les antécédents maladifs de M. R..., je dus penser que cette exagération de sensibilité, lors du contact de la bougie sur les parois du canal, n'était due qu'à la perte de substance d'une portion de la membrane muqueuse, résultant *peut-être* d'un ramollissement qui était lui-même la conséquence de l'inflammation et de l'épaississement. Cette induction n'était point forcée (notez que M. R. avait été scorbutique toute sa vie), et me paraissait être en harmonie avec ce que nous savons aujourd'hui touchant les maladies des membranes muqueuses, quoi qu'en ait dit le professeur Cruveilhier dans son article *Anatomie pathologique* du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*.

Cette fâcheuse circonstance m'imposait l'obligation de ne plus explorer, mais surtout celle de ne pas cautériser le canal. En fatiguant l'urèthre, j'avais à craindre la destruction d'une grande portion de sa membrane muqueuse, l'oblitération du canal, et conséquemment une ou plusieurs fistules uréthrales. En attendant, au contraire, et je pouvais le faire grâce à l'ouverture hypogastrique, je devais espérer le retour à l'état normal.

18 juillet. — Quoique je n'eusse pas la preuve matérielle du ramollissement de la muqueuse uréthrale e

de sa destruction partielle, je craignais l'oblitération du canal, et poussai une légère injection huileuse tiède dans l'urèthre pour m'opposer à l'adhésion de ses parois. Cette injection fit éprouver un sentiment de brûlure très-vif; toutefois, je recommandai d'y revenir, avec de l'huile froide, trois ou quatre fois par jour, et crus devoir ajourner encore la cautérisation.

Le malade se trouva bien jusqu'au 25 juillet : la fièvre avait cessé; la tuméfaction de la verge, des testicules et des cordons testiculaires avait entièrement disparu; les urines passaient en partie par la canule du trois-quarts, et en partie entre la plaie et la canule. Dans cet état, M. R... restait assis dans un large fauteuil pendant trois et quatre heures de suite.

Je pris l'empreinte du rétrécissemet le 26 juillet, et le cautérisai avec le porte-caustique courbe du professeur Lallemand sans provoquer de trop fortes douleurs. Quatre cautérisations ultérieures détruisirent complétement cette coarctation. L'urine et une sonde franchissaient librement le canal, et j'étais près de retirer la canule de l'hypogastre, quand, le 2 août, survinrent à la fois une hématurie considérable, accompagnée de douleurs très-fortes de la vessie, l'inflammation et le gonflement du pénis. Le sang ne pouvant plus passer par l'urèthre, séjourna dans la vessie, qu'il distendit; des caillots énormes et bosselés se formèrent. Des sangsues appliquées à la racine de la verge et sur le trajet du canal amendèrent l'inflammation, et me permirent d'introduire une sonde pour délayer les caillots avec de l'eau tiède, et pour aspirer le sang à l'aide d'une seringue en faisant le vide. Je n'omis pas les applications

froides sur le ventre et sur les cuisses, pas plus que les boissons acidulées et les lavements froids [1].

Je prends la liberté de citer ici textuellement les conseils donnés en pareille occurrence. On verra par là, je l'espère, qu'il faut savoir prendre un parti et faire autrement que ne le conseillent les auteurs, quand on ne peut pas réussir en suivant les préceptes donnés par eux :

« Lorsque le sang épanché et coagulé dans la vessie forme des caillots assez gros et assez solides pour ne pouvoir s'engager dans l'urèthre et être expulsés par le canal, dit Boyer, le malade éprouve les symptômes de la rétention d'urine : l'hypogastre devient tendu et douloureux, la fièvre s'allume, le hoquet survient, et si on ne se hâte de débarrasser la vessie du sang qui la remplit, l'inflammation peut gagner le bas-ventre et faire périr le malade. On doit alors introduire dans la vessie une sonde d'un gros calibre pour évacuer le sang et l'urine. Si les caillots ne peuvent sortir par cet instrument, il faut tâcher de les diviser et de les délayer en poussant dans la vessie des injections d'eau tiède. On emploira en même temps les moyens généraux propres à prévenir ou à combattre l'inflammation, et on conseillera surtout une boisson abondante, afin que les urines concourent, avec les injections, à dissoudre les caillots et à en favoriser l'expulsion. Si ces moyens ne suffisaient pas, on tenterait de pomper les caillots amollis et le liquide retenu au moyen d'une seringue adaptée

[1] Tronchin et Van-Swiéten citent chacun un cas d'hématurie dans lequel les caillots sortirent en très-grande quantité par l'urèthre, qui leur servait de filière. Plusieurs de ces caillots étaient d'une longueur démesurée.



à l'algalie. Il est à peine nécessaire de dire que, pour pour assurer le succès de ce *pompement,* il faut que le tube de la seringue remplisse exactement le pavillon, pour que l'air ne puisse pénétrer entre ces deux instruments [1]. »

L'emploi de ce moyen réussit chez M. R..., comme il avait réussi chez le curé dont l'opération fut communiquée à l'ancienne Académie Royale de Chirurgie, par Maigrot.

Cela terminé, je sortis la canule de la plaie hypogastrique, et plaçai une sonde à demeure dans la vessie. A peine m'étais-je retiré (2 août, une heure après midi), qu'une très-forte hématurie reparut; et de recourir au moyen déjà employé, qui réussit en partie. Il resta néanmoins des caillots dans la vessie, qui ne sortirent que partiellement dans la nuit par filières fibrineuses, très-longues et moulées sur l'urèthre. Quoi qu'il en fût, je palpai encore quelques-uns de ces caillots à travers les parois de l'hypogastre, qui n'était plus aussi tendu. Tous mes efforts, toutes mes tentatives pour les délayer et pour les pomper furent inutiles. Épouvanté alors, et craignant que la continuation de l'hémorrhagie, que l'impossibilité de dissoudre les caillots pour débarrasser la vessie, que les douleurs et les syncopes ne fissent périr le malade, je demandai une consultation. M. le Dr Canihac, de Bordeaux, arriva le 3 août, examina le malade, et partagea mon sentiment touchant la nécessité de faire la taille hypogastrique si on ne pouvait pas parvenir à vider la vessie.

[1] *Chirurgie de Boyer,* tome IX, p. 86.— Quatrième édition.

Cependant, les caillots restants se ramollirent dans la vessie en se mêlant à l'urine, et le malade fut assez heureux pour les expulser très-délayés et de façon à n'avoir besoin de recourir à aucune manœuvre. On crut M. R... sauvé. Il passa les sept jours suivants dans un état très-satisfaisant : ses forces revenaient, le moral était rassuré, quand, dans la soirée du 10 août, quelques gouttes de sang suintèrent par le méat urinaire; des caillots très-consistants et moulés sur l'urèthre furent expulsés pendant toute la nuit du 10 au 11; le malade était pâle, anémique, sans pouls, et avait de fréquentes syncopes. L'hypogastre, tendu, très-douloureux, était inégalement bosselé par les caillots, dont on distinguait fort bien les saillies. J'usai du moyen dont je m'étais déjà servi, mais en pure perte. Mes essais, mon zèle, ma persévérance, tout importunait et faisait horriblement souffrir M. R..., qui était sans ressource, quand je proposai à ses parents et à ses amis d'en venir à l'opération dont M. Canihac et moi étions convenus, le cas échéant. On me laissa faire[1].

[1] Hunter rapporte des cas dans lesquels la sonde ordinaire avait été poussée à travers la partie saillante de la glande prostate jusque dans la vessie, et avait ainsi procuré une sortie pour l'urine; « mais une fois, dit-il, le sang provenant de la blessure pénétra dans la vessie et augmenta la quantité de liquide qui la distendait. On essaya de faire usage de la sonde une seconde fois, mais ne pouvant réussir, on m'envoya chercher. J'introduisis la sonde jusqu'à ce qu'elle parvînt à l'obstacle. Soupçonnant qu'il était du à la saillie de la glande prostrate, je portai le doigt dans l'anus et reconnus en effet que le volume de ce corps était beaucoup augmenté. En déprimant alors le pavillon de la sonde, ce qui nécessairement en souleva la pointe, je parvins à franchir cet obstacle; mais malheureusement le sang s'étant coagulé dans la vessie, boucha les yeux de la sonde, et me

11 août. Aidé par mes confrères MM. Ducos-Tursan et Canihac, et en présence de plusieurs amis du malade, j'incisai en deux temps et avec les précautions d'usage les parois hypogastriques sur la ligne blanche, en commençant à 9 centimètres au-dessus de la symphyse du pubis (la longueur ordinaire de l'incision est de trois à quatre travers de doigts), pour terminer à environ 8 millimètres au-dessus de l'angle qui forme la peau pour aller revêtir le pénis. La vessie étant ouverte, il me fut impossible d'obtenir la sortie d'un seul caillot, tant les contractions de cette poche étaient énergiques, et tant ces contractions la faisaient s'appliquer sur ces agglomérations sanguines.

Des fomentations émollientes, faites sur tout l'abdomen, furent le seul moyen auquel je pus recourir, en attendant que les contractions de la vessie cessassent.

Deux heures après l'opération, le malade étant moins tourmenté par les efforts d'expulsion de la vessie, j'incisai, je divisai le caillot énorme qui se présentait le premier, et en obtins la sortie. Je pus dès lors aller à la recherche des plus profonds, que j'extrayais de la même manière. Malgré tous mes soins, ce ne fut que dans la nuit du 11 au 12 août que le malade rendit par la plaie une masse énorme de caillots noirâtres, glutineux, ramollis et infects, dont son ami M. Rochoux[1]

força de la retirer à plusieurs reprises pour la nettoyer. Je continuai ainsi pendant plusieurs jours, et, craignant que le coagulum ne finît par produire la mort, je proposai de pratiquer l'opération de la taille; mais le malade mourut avant qu'on la fît, et, par l'autopsie, on reconnut la nature de la lésion... » *(On the venereal disease*, 2e éd., p. 172.)

[1] Ce M. Rochoux est le cousin de l'honorable Dr Rochoux, de Paris, membre de l'Académie.

favorisait la sortie. Un soulagement complet, un sentiment de bien-être étonnant et *le retour à la vie* succédèrent à ces angoisses, à ces douleurs et à l'agonie dont nous avions été les témoins. Le lavage de la vessie acheva de la débarrasser des caillots. Le lendemain de cette opération (12 août), j'essayai de réunir la plaie par première intention, avec des bandelettes agglutinatives, dont je secondai l'action par l'application de compresses graduées, placées de chaque côté de l'hypogastre et de façon que ces compresses, étant elles-mêmes comprimées de dehors en dedans par un bandage de corps, affrontassent les bords de la plaie aussi exactement que faire se pouvait.

Le malade urine largement par l'urèthre.

Malgré toutes mes précautions, et dès le 15 août, toute l'urine passait par la plaie, qui n'avait aucune tendance à se cicatriser. Je plaçai le même bandage que la première fois sans plus de succès. Ne voyant pas la possibilité d'obtenir la cicatrisation de la plaie, je me décidai à faire la suture de la vessie dans la matinée du 17 août, toujours aidé par mon confrère M. Ducos-Tursan, et en présence de MM. Cauderc et Rochoux, de la Guadeloupe. Je procédai à cette opération en me conformant aux indications données par M. Pinel-Grandchamp (sauf cependant les modifications indispensables pour opérer sur le vivant) dans son Mémoire intitule : *Expériences sur les animaux, tendant à établir les avantages de la suture pour obtenir la réunion des plaies de la vessie et s'opposer aux épanchements urineux,* Mémoire sur lequel MM. Lisfranc, Maingault et Amussat, firent un rapport très-favorable dans la séance de l'Académie royale

de Médecine du 15 avril 1826. — Avant de terminer cette opération, je plaçai une canule recourbée dans l'angle inférieur de la plaie, moyen déjà conseillé par Sharp.

Ces manœuvres ne réussirent point : les parois de la vessie se déchirèrent ; des lambeaux de tissus désorganisés et exfoliés (les aponévroses) par le contact permanent de l'urine, furent souvent retranchés. Le malade était alternativement à toute extrémité ou sans fièvre, sans douleurs, et se tenait assis pendant sept à huit heures de suite. L'urine passait tantôt par l'urèthre et tantôt par la plaie.

M. R... vécut dans cet état pendant près de deux mois, c'est-à-dire depuis le 18 août jusqu'au 12 octobre. Vers la dernière quinzaine seulement, la pneumonie chronique et le marasme firent des progrès effrayants : le malade périt d'épuisement et de douleur.

Les parents s'obstinèrent à ne pas permettre la nécropsie, bien que le Dr Ducos-Tursan et moi l'eussions vivement sollicitée.

En parcourant le numéro de septembre 1827 des Archives générales de Médecine, et le compte rendu de la séance du 16 août 1827 aussi de l'Académie royale de Médecine, je lus le précis de deux opérations de taille sus-pubienne faites par M. Amussat. Chez l'un des sujets, il fit la suture de la vessie, plaça une canule recourbée dans la plaie hypogastrique de l'autre, et réunit audessus par première intention seulement, à cause du racornissement de la vessie, qui s'opposait à ce que les bords de la plaie fussent bien saisis et traversés par les

aiguilles. Séance tenante, M. Lisfranc *rappelle que l'idée de pratiquer la suture de la vessie est due à M. Pinel-Grandchamp, qui a soumis, il y a dix-huit mois, à la section, un Mémoire contenant des expériences qu'il avait tentées à ce sujet sur des animaux. M. Amussat répond qu'il ne prétend à la priorité de la suture de la vessie que pour l'avoir pratiquée sur le vivant, l'opération sur le cadavre présentant beaucoup moins de difficultés.*

Le 16 août 1827, j'eus l'occasion de faire l'opération de la taille, par le haut appareil, sur M. R..., de la Guadeloupe, habitant alors Podensac. *Le 17 du même mois* (le lendemain), je fus obligé, à cause d'une circonstance tout à fait exceptionnelle, de pratiquer la suture de la vessie, et de placer auparavant, dans l'angle inférieur de la plaie, une large canule en gomme élastique, préalablement recourbée à l'aide d'un mandrin. L'opération de taille hypogastrique et la suture de la vessie furent faites en présence de mon confrère M. Ducos-Tursan et de plusieurs autres personnes, notamment de M. Rochoux, cousin de M. le Dr Rochoux, de Paris.

La priorité d'invention nous appartiendrait sans doute, à M. Amussat et à moi, si nous étions les deux seuls praticiens qui eussions conçu les premiers l'idée de faire la suture de la vessie; mais, sachant que cette prétention n'est pas fondée, je me contente d'avoir eu la même pensée que l'un des chirurgiens les plus distingués de Paris, qui ne m'avait point communiqué ses procédés, puisqu'il en rendit compte à l'Académie le 16 août 1827, et que j'opérai le lende-

main, 17 août 1827 aussi, à 78 myriamètres (156 lieues) de la capitale[1].

Tout en faisant la part du talent très-supérieur de MM. Amussat et Lisfranc, on peut leur reprocher d'avoir à tort prétendu que la mise à exécution de la suture des téguments hypogastriques, et l'indication de la suture de la vessie elle-même, dans la taille sus-pubienne, dataient de notre époque. Ces chirurgiens savent probablement que de célèbres praticiens, nos devanciers, ont pratiqué le premier de ces accessoires de la cystotomie hypogastrique *(suture des téguments)*, et que d'autres, non moins recommandables, ont seulement proposé le second *(suture de la vessie)*.

Gehler, Prœbisch, Berrier, J.-L. Petit, Douglas, Solingen, Palucci, Thornhill, Rossi et frère Côme, conseillent la suture de la vessie et des téguments, et n'ont trouvé aucun praticien, si l'on en excepte M. Amussat et moi, qui fût tenté de suivre leurs avis. — On doit donc savoir fort bon gré au savant chirurgien de Paris d'être convenu qu'il fallait renoncer à ce moyen de réunion lors de la taille par le haut appareil, et de partager en cela l'opinion des hommes éclairés qui réservent la suture pour un assez bon nombre de cas dans lesquels elle n'encourt pas la réprobation presque générale dont Pibrac avait voulu la frapper dans son Mémoire sur l'abus des sutures.

[1] La date est certaine et ma réclamation très-fondée. Le fils de M. Japhet a entre les mains une note détaillée de mes visites et des opérations faites jour par jour. Or, le 16 août, je fis la taille, et le lendemain la suture de la vessie.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ.

CLINIQUE DE M. CHAUMET.

Observation de cancer utérin; opération par la chaîne; guérison.

Recueillie par M. RIQUARD, interne.

Marguerite Ducasse, âgée de quarante-deux ans, née à Civrac (Gironde), mariée, a eu six enfants. Toutes ses couches ont été heureuses; la dernière a eu lieu il y a huit ans. — La menstruation a été constamment régulière, excepté depuis un an. — Marguerite Ducasse a, du reste, toujours eu une constitution forte.

Elle raconte qu'il y a cinq ans, trois années par conséquent après son dernier enfantement, elle commença à s'apercevoir qu'il se formait dans le vagin une tumeur qu'elle pouvait assez bien limiter elle-même par le toucher, et qu'elle rapportait au développement de la matrice. Cette tumeur, qui était peu volumineuse et qui conserva, même sans aucun traitement, son petit volume pendant l'espace de quatre ans, était complétement indolore et n'occasionnait à la malade qu'une sensation de pesanteur désagréable au périnée, avec quelque gêne pour le dernier cours des matières fécales. Cette absence de douleurs et cet état stationnaire de la tumeur firent que la malade, nullement préoccupée de son mal, ne consulta aucun médecin. Elle était, du reste, d'autant plus portée à considérer son état comme peu grave, qu'elle se portait bien d'ailleurs et que ses menstrues étaient

très-régulières. Cependant, il y a un an environ, ce bien-être apparent disparut; des douleurs lancinantes, parfois très-vives, arrachant des cris à la malade, la privant de tout sommeil, se firent alors sentir; en même temps, la tumeur prit des dimensions plus considérables, la menstruation devint irrégulière, et bientôt même, les menstrues cessant furent remplacées par un écoulement sanguinolent peu abondant, mais continuel. C'est alors que la malade comprit que son état pouvait être grave; elle se priva de tout commerce avec son mari, ce qu'elle n'avait pas fait pendant les quatre premières années, et consulta un médecin. Celui-ci, sans examiner avec soin l'état des parties qui étaient le siége du mal, ordonna des bains, des injections émollientes et calmantes, alternées avec des injections astringentes. Ce traitement fut suivi pendant longtemps; cependant, la malade n'en trouvant aucun soulagement marqué, et comprenant au contraire que son état s'aggravait de plus en plus, qu'elle dépérissait même sous l'influence des pertes continues, se décida à entrer à l'hôpital.

Admise au service de la clinique chirurgicale, salle 2, la malade se présente dans l'état suivant : douleurs intenses, lancinantes la plupart du temps; descente dans le vagin; douleurs aussi, mais continues et avec la sensation de tiraillement dans les lombes, les aines, les flancs et les cuisses; sensation de pesanteur au périnée. Ces derniers symptômes sont moins marqués dans le décubitus dorsal. En même temps, pertes de sang continues, tantôt plus légères, tantôt plus abondantes, variant ainsi, pour la quantité, d'après le repos de la malade. Le sang rendu l'est souvent en caillots; quelque-

fois aussi, mais plus rarement, il est fluide et mélangé alors à des mucosités; le tout forme alors un mélange sanieux qui a une odeur fétide, caractéristique, et dans lequel on remarque de temps en temps des grumeaux de substance animale putréfiée. Le toucher vaginal fait constater l'existence d'une tumeur sensiblement attenante au col utérin, où elle a pris son origine; elle s'élève comme un champignon fongueux, encéphaloïde, ramolli, présentant des bourgeons ou bosselures irrégulières, dont la surface, comme putrilagineuse, laisse échapper des grumeaux pour peu qu'elle soit froissée. Par un examen sérieux et attentif, on limite assez bien la tumeur à la face antérieure de l'utérus, où l'on constate qu'elle ne monte même pas au repli que fait la muqueuse vaginale sur le col; mais en arrière, on délimite moins bien cette tumeur; il semble même que la lèvre postérieure est totalement envahie. Du reste, on ne rencontre pas d'autres tumeurs ni points d'ulcérations dans le vagin; on ne reconnaît pas non plus, par le palper abdominal, qu'il y ait engorgement des ganglions abdominaux, pas plus que des ganglions inguinaux; il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs. La malade se plaint de constipation, surtout quand elle se tient dans un décubitus dorsal prolongé; dans la station, elle éprouve des difficultés d'uriner qui sont d'autant plus douloureuses et fatigantes que le besoin de l'émission devient alors plus fréquent, comme s'il y avait un vrai ténesme vésical. Enfin, l'appétit est diminué, il y a même quelquefois des nausées, le teint est devenu pâle, anémique, et les forces ont considérablement baissé. Cependant, au milieu de ces symptômes, le pouls a

conservé son rithme normal, et l'embonpoint s'est assez maintenu.

En présence des symptômes que je viens de décrire, les médications étaient difficiles. — Fallait-il ne pas toucher à ce mal qui n'avait aucune tendance à se limiter, qui faisait dépérir chaque jour la malade par la propagation et les pertes de sang incessantes qu'il occasionnait, et condamner ainsi une vie jeune encore à une mort malheureuse? ou bien fallait-il, au contraire, prenant en considération l'âge de la malade, son état général, son courage et son désir de se voir guérie, chercher à la sauver et tenter une opération? Car, pour les prétendus spécifiques anticancéreux, on en a fait, et à bon droit, justice, et il ne fallait nullement songer à un traitement médical. Je le répète, la conduite à tenir était difficile. Cependant, il est un sentiment d'humanité qui se fait toujours entendre chez le chirurgien qui se voit en présence d'un mal qui tue fatalement si on le laisse livré à sa marche, et qui laisse au moins la vie se prolonger quand, par une opération bien entendue, il est enlevé. C'est ce sentiment qui donne une louable hardiesse au chirurgien qui a du cœur, et c'est lui aussi qui décida M. le professeur Chaumet à tenter une opération.

Mais encore ici une difficulté : Quelle méthode opératoire employer? Le professeur rejette les divers caustiques potentiels, la cautérisation même au fer rouge, et choisit l'amputation du col avec le bistouri, se réservant d'employer la chaîne de l'écraseur si, après avoir abaissé le col, il trouve le mal assez limité pour la placer.

Tout est donc préparé pour l'opération, qui a lieu le

8 juillet 1858. — La malade est placée comme dans l'opération de la taille latéralisée; deux aides sont chargés d'écarter les lèvres de la vulve et de tenir son orifice entr'ouvert, pendant que le chirurgien, plongeant dans le vagin deux fortes pinces de museux qu'il fait précéder de ses doigts, va prendre le col au-dessus du mal, et, par des tractions légères, cherche à l'abaisser. Quand celui-ci est arrivé près de l'orifice vulvaire, l'opérateur, pouvant alors parfaitement limiter le mal et voyant qu'il s'élève moins haut qu'il ne paraissait d'abord, juge l'application de la chaîne possible; celle-ci est alors passée et placée avec précaution autour du col, dans le point où celui-ci paraît sain. L'aide de clinique est chargé de serrer la chaîne ainsi placée, et en vingt-trois minutes la tumeur est enlevée. — On place aussitôt la malade dans un lit convenablement préparé pour la recevoir, et on applique sur l'hypogastre des compresses émolliantes. Je dois noter aussi que, pendant l'opération, comme la malade se plaignait de fortes douleurs dans la région hypogastrique, on avait appliqué sur l'abdomen des compresses imbibées de chloroforme, qui produisirent une révulsion favorable.

L'opération ainsi terminée, il se déclara des symptômes plus alarmants : la face devint pâle, les traits s'étirèrent, le pouls devint petit, fréquent; il se déclara des hoquets, il y eut même des vomissements; le ventre devint très-sensible, très-douloureux. — Pour combattre ces symptômes, on recommanda un repos absolu, l'application et le renouvellement exact des compresses, une potion calmante, des boissons à la glace. Ces phénomènes disparurent peu à peu, et dix heures après l'o-

pération ils avaient complétement cessé. Depuis ce moment, la malade se trouva de mieux en mieux, et dans quinze jours elle put se lever. — Tout cela se passa sans qu'il y eût d'hémorrhagie.

Plusieurs considérations se présentent. Et d'abord, une qui me paraît très-importante, parce qu'elle est d'un intérêt général, est celle-ci : Bien souvent, des femmes atteintes d'affections graves de la matrice, se dissimulant la gravité de leur mal, ou retenues par une fausse honte ou par une pudeur mal entendue, négligent de consulter l'homme de l'art. Cependant, leur maladie fait des progrès incessants, elle suit plus ou moins rapidement ses périodes, et les malheureuses viennent réclamer des soins lorsque leur mal est devenu incurable. En second lieu, un médecin est consulté; mais quelquefois celui-ci, par une négligence coupable, renvoie la malade avec une prescription plus ou moins vague, sans s'être assuré lui-même par ses yeux ou par le toucher de l'affection qu'il a à traiter; ou bien encore, il faut bien l'avouer, ignorant, après examen, la nature du mal, il rassure la malade et lui fait attendre une guérison plus ou moins prompte si elle se soumet à un régime qu'il lui prescrit. C'est là ce qui arrive, j'en ai eu plusieurs fois la preuve en interrogeant les malades qui sont venues réclamer des soins dans les différents services auxquels j'ai été attaché. Ce n'est pas que le cancer soit précisément curable si on l'attaque assez tôt dans son origine : le cancer ne guérit radicalement pas. Le vrai cancer récidive en effet toujours; mais quand on l'attaque assez tôt, qu'on l'enlève sans en laisser de

racine, il met plus ou moins longtemps à reparaître. C'est déjà là un bienfait que l'homme de l'art ne doit pas oublier, en attaquant le mal avant qu'il ne se soit généralisé et ait produit le dépérissement que suit rapidement le terme fatal.

Un mot du procédé opératoire : Il n'y a pas longtemps encore que l'amputation du col avait été proposée dans les cas de cancer de la matrice, et cette opération, pratiquée par le bistouri, avait tour à tour passé par les phases si communes des innovations, éloges exagérés, abandon trop complet, lorsque M. Chassaignac, cherchant à généraliser, peut-être trop, l'application de son écraseur, la proposa pour l'amputation du col utérin. Dès lors, le bistouri fut en partie mis de côté, et la chaîne vint séparer des tissus que le couteau avait jusque là tranchés. Quels avantages devait procurer le nouveau procédé? L'amputation du col par le bistouri était souvent suivie d'accidents graves, tels que péritonite, urétro-péritonite, hémorrhagies, qui amenaient même souvent la mort. Ces accidents n'avaient pas échappé aux observateurs, en sorte que la plupart des chirurgiens de nos jours rejettaient cette opération comme entourée de trop de dangers. Lisfranc lui-même, si prodigue des cols malades, était devenu plus avare de l'emploi du bistouri, sans doute parce qu'il n'avait pas eu tous les succès qu'il annonçait dans cette statistique où il donnait sur 99 cas 84 guérisons. Ce qui semble, du reste, prouver ce que je dis, c'est la défense illusoire qu'il présenta quand cette statistique fut contestée par Pauly, son élève. — Eh bien! par le procédé nouveau,

si les inflammations successives ne peuvent pas toujours être évitées, on prévient du moins l'accident qui faisait le plus de victimes, on prévient l'hémorrhagie. En effet, dans tous les cas où la chaîne a été employée, il n'y a pas eu de perte de sang. Pour moi, je l'ai vue souvent fonctionner dans l'hôpital, et jamais, pas plus que dans le cas que je viens de rapporter, elle n'a donné lieu à de perte appréciable. C'est là certainement un avantage réel, et qui, quand même il serait seul, mérite de faire prévaloir le nouveau mode d'opération chaque fois qu'il sera applicable.

On a fait cependant au procédé opératoire dont je viens de parler, un reproche qui, s'il était sérieux, suffirait pour le faire rejeter de la pratique. On sait que souvent les altérations du col utérin remontent plus haut intérieurement dans la cavité du col qu'extérieurement sur le museau de tanche, et que de là est venu le précepte, dans l'amputation du col par l'instrument tranchant, de creuser un cône à sommet supérieur. Or, l'écrasement, a-t-on dit, ne remplit pas cette indication, bien au contraire, car il coupe le col en sens inverse.

C'est là le reproche qui fut fait au procédé par écrasement linéaire, par M. Robert, dans une discussion qui s'éleva au sein de la Société de Chirurgie, et dont les détails sont contenus dans un des numéros de la *Gazette des hôpitaux*. De cette discussion, à laquelle prenaient part MM. Chassaignac, Cazeau, Huguier, Voillemier, il résulta que le reproche était peu fondé. La plupart des hommes que j'ai cités, et notamment MM. Huguier et Voillemier, soutinrent que la section faite au col utérin était parfaitement placée et transver-

sale, et ils expliquèrent l'excavation du segment enlevé par l'action même de l'écraseur, qui, appliqué sur des tissus élastiques comme les muqueuses, les tiraille avant de les diviser et n'agit sur elles qu'en dernier lieu. C'est là une explication qui me semble rationnelle, d'autant plus que, comme je l'ai dit, la surface de section restée en place paraît parfaitement transversale.

Le procédé nouveau ne mérite donc pas le reproche qu'on lui a adressé, et il restera dans la pratique comme offrant des avantages réels sur le procédé par le bistouri dans l'amputation du col, comme dans l'opération de sarcocèle, de tumeurs hémorrhoïdales, etc.

A côté de ce fait est venu s'en joindre plus tard un second : cancer de la même espèce, avec même désorganisation; opération par le bistouri et guérison.

OBSERVATIONS DE MAMMITE ET DE TUMEURS MAMMAIRES;

par M. CHABRELY, médecin à La Bastide.

Si la mammite est commune chez les nourrices, elle est fort rare chez le nouveau-né. J'ai observé une seule fois dans ma pratique, qui date de vingt-huit ans, la mammite aiguë, double, idiopathique, suivie d'abcès aux deux seins, chez une petite fille de quinze jours; voici dans quelles circonstances.

Obs. Ire. — Marie Élisé, demeurant à La Bastide, rue Bouthier, eut d'abord de la fièvre dans les premiers jours de juillet 1857; il s'écoulait de ses deux mamelons un liquide analogue au collostrum; les glandes

mammaires étaient gonflées, douloureuses ; la peau qui les recouvrait, chaude et rouge; ce fut alors, le 6 du même mois, que je fus appelé. Je constatai tous les phénomènes précités, surtout la galactorrhée séreuse, phénomène qui n'est pas rare dans les premiers mois de la naissance; mais ce flux n'entraîne jamais, que je sache, de phlegmon *mastoïque*. J'annonçai à la mère une collection purulente prochaine dans les deux seins de son enfant, que je fis recouvrir de cataplasmes de riz crevé dans un décocté de pavot blanc; je fis baigner jusqu'au épaules cette petite malade, ce qui n'empêcha pas l'abcès de se former, d'abord dans la mamelle droite, puis deux jours après dans la gauche : j'ouvris l'un et l'autre avec la lancette; il s'en écoula un pus abondant, bien lié, ayant toutes les qualités du pus louable en un mot ; puis je pansai avec de la charpie cératée. En moins de trois semaines, les glandes avaient repris leur volume ordinaire et leur état normal.

Il est des cas d'engorgement des mammelles ou de tumeurs, dont le caractère est difficile à assigner et qui n'en offrent pas moins de l'intérêt.

Je crois devoir publier les suivantes :

Obs. IIe. — Élisa Levanceau, femme Délor, âgée de vingt-deux ans, née à Saint-André-de-Cubzac, mais résidant à La Bastide depuis quelques années, eut au sein droit, dans l'hémisphère supérieur, une tumeur transversale occupant la plus grande partie de ce segment dans presque toute sa longueur et dans son épaisseur, et reposant sur la glande mammaire hypertrophiée.

Le mal avait commencé depuis cinq ans environ et

avait crû insensiblement. Cette fille était sur le point de se marier, et ne voulant pas garder une tumeur qu'on lui avait dit suspecte, elle entra à l'hôpital de Bordeaux dans le service de M. le professeur Chaumet, qui la débarrassa de ce corps fibreux par le bistouri.

Tout se passa parfaitement durant l'opération, qui fut pratiquée le 6 février 1856; mais la nuit suivante une hémorrhagie copieuse et inquiétante se déclara; l'interne de garde enleva le bandage unitif, entr'ouvrit les lèvres de la plaie et y fit pénétrer jusqu'au fond des tampons de charpie imbibée d'une solution concentrée de perchlorure de fer. L'effet styptique, un peu caustique, suspendit *illico* l'hémorrhagie, mais occasionna une violente inflammation, ce qui retarda de plusieurs mois la cicatrisation de la plaie. Par *consensus* il se forma dans l'hémisphère inférieur du même sein une tumeur analogue à la première, tout aussi épaisse, tout aussi étendue. Cette jeune personne avait sursis à son mariage à cause de la première tumeur, elle ne voulut pas contracter cet acte sérieux avant d'être débarrassée de la seconde. Lorsque la plaie résultant de l'opération sanglante fut tout à fait guérie, M[lle] Élisa me demanda s'il y avait un moyen autre que le bistouri pour lui faire disparaître la nouvelle *induration fibreuse.* Je lui dis que j'avais un moyen mais dont je ne pouvais lui répondre. Comme le procédé que je devais employer n'entraînait après lui ni douleur ni danger, elle consentit de grand cœur à tenter l'expérience, qui consistait à appliquer *loco tumenti,* le topique pulvérulent suivant [1],

[1] *Au mois de mars 1840*, je publiai dans le *Bulletin médical de Bordeaux,* un Mémoire ayant pour titre : *Des topiques pulvéru-*

qu'on répandait sur de la ouate de coton et qu'on maintenait constamment sur la partie malade à l'aide d'un suspensoir des mamelles :

Fécule d'amidon..............	250	grammes.
Iode en poudre................	1	Id.
Hydro chlorate de morphine....	0 40	centigr.

(Mêlez).

La malade persévéra pendant trois mois consécutifs, gardant nuit et jour sur son sein malade le pulvéro-topique : elle obtint, grâce à sa persévérance, une résolution complète; elle s'est mariée le 25 septembre 1856, a eu un enfant qu'elle a nourri des deux côtés, ayant autant de lait dans le sein droit que dans le sein gauche; elle a sevré son enfant et pris un nourrisson, qu'elle allaite avec un égal succès; elle n'a pas eu le moindre mal aux mamelles, pas même de crevasses aux mamelons, qui sont si fréquentes chez les primipares.

Obs. IIIe. — Mlle D..., âgée de cinquante-quatre ans, d'une faible complexion, d'un tempérament éminemment nerveux, bien qu'elle ait été fort lymphatique dans

lents employés à sec dans les lésions de la peau et des ganglions lymphatiques. Dans ce même Mémoire il était question de l'emploi de ces topiques dans les maladies du sein.

Au mois de novembre 1842, M. le Dr Tanchou, de Paris, à l'Académie de Médecine, faisait part des succès qu'il avait obtenus dans le traitement des tumeurs du sein, dans un établissement qu'il dirige, succès si remarquables, dit-il, qu'il s'est cru obligé d'en faire part à ce corps savant. Au lieu de l'expression *topique pulvérulent* dont je m'étais servi, il emploie le terme de *pulvéro-topique,* et donne comme sienne cette méthode de traitement.

son jeune âge, avait, il y a dix ans, une tumeur assez volumineuse, bosselée, occupant le sein gauche; des élancements aigus et instantanés s'y faisaient sentir de temps en temps. La personne a le teint jaune paille des cancéreux; aussi M. le Dr P...., vieux praticien très-apte à porter un diagnostic, affirma-t-il qu'il y avait squirrhe et que l'ablation de la tumeur par le bistouri était le seul moyen convenable. Consulté à mon tour, je proposai le topique précité un peu modifié: je baissai la dose d'iode et la réduisis à 0gr50, les autres excipients restant dans les mêmes proportions, et je vis avec bonheur disparaître en entier cette tumeur squirrhoïde, et cela en moins de trois mois d'application du topique.

Obs. IVe. — Mlle A. Noby, âgée de dix-huit ans, portait au sein gauche, en dehors et un peu en bas, une tumeur lisse ovoïde de la grosseur d'une forte noix; elle n'y éprouvait aucune douleur, si ce n'est aux approches de ses règles, où la tumeur s'enflait un peu et faisait éprouver à la malade un sentiment de pression très-supportable. Cette jeune personne allait se marier lorsque je fus consulté. Je la fis consentir à appliquer sur son sein le topique pulvérulent, qui agit peu à peu. Mais après le mariage arriva la grossesse, puis l'allaitement, si bien qu'il fallut chaumer de traitement pendant plusieurs mois. Depuis le sevrage, on a repris la poudre iodée, et la tumeur est réduite à sa gangue, c'est-à-dire qu'elle n'existe plus.

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale (t. IV et V), par M. E. Gintrac.

Depuis que nous avons examiné dans ce journal les trois premiers volumes de l'ouvrage dont nous avons aujourd'hui la suite, un assez long temps s'est écoulé; nous nous garderons toutefois de nous plaindre de ce retard. On n'improvise pas des travaux aussi sérieux, et souvent pour les hâter on en diminue la valeur. — Deux volumes grand in 8°, contenant plus de 1,500 pages, forment ce qu'on peut appeler un vrai traité des dermatoses, qu'il eût été difficile de rendre aussi complet si les immenses matériaux qui le construisent n'eussent été depuis longtemps colligés. De plus, la pathologie cutanée, qui, plus que jamais cultivée de nos jours, s'enrichit presque à chaque instant des travaux des médecins de tous les pays; l'attention éveillée sur les faits nouveaux qui ne se montrent quelquefois qu'à de rares intervalles; le désir de donner sur tous ces faits le plus de lumières possibles et les notions les plus positives, tout faisait à l'observateur désireux de n'être pas en arrière de son époque le devoir de tout enregistrer. Et, bien qu'on soit à la tête d'une grande clientèle et d'un des plus beaux services nosocomiaux de la province, le temps est l'élément suprême de l'observation. L'on doit donc savoir gré à l'auteur d'avoir laissé mûrir son œuvre.

Dans quelques lignes d'introduction, il s'excuse pourtant de ce retard par un surcroît d'occupations; puis il précise la véritable place qu'il a voulu garder en face des doctrines médicales. Il remercie les critiques qui ont approuvé la réserve qu'il a gardée touchant diverses questions en litige, et répond à ceux qui ont demandé plus de décision de sa part, par des réflexions que nous croyons devoir reproduire :

« J'ai la conviction, dit-il, que rien n'a plus entravé les progrès des connaissancus humaines que la tendance si fréquente des esprits à conclure du particulier au général, à formuler une opinion avant d'avoir recueilli un assez grand nombre de documents, avant de les avoir considérés sous leurs divers points de vue.

» Pour moi, j'ai cru mieux servir la science en m'attachant d'abord à mettre en saillie et à disposer en un ordre méthodique les faits puisés a toutes les sources dignes de confiance. Je n'ai pas, comme les novateurs et les systématiques, la prétention d'imposer mes idées, encore moins celle de fonder une doctrine. Assez de systèmes, reçus d'abord avec faveur et même avec enthousiasme, ont été bientôt après combattus et oubliés. Modeste dans mon ambition, j'expose les acquisitions les plus positives de l'expérience des autres, en y joignant le tribut, quelque faible qu'il soit, de mes propres observations.

» Relativement aux lois qui régissent l'organisme vivant, sans articuler des mots qui sont un signal de controverses interminables, sans saisir une bannière *qu'il eût fallu parfois incliner,* j'ai présenté, dans le précis de Bionomie, un faisceaux de recherches, d'observations et d'arguments qui *pourraient* être de quelque poids dans l'examen de la grande question du vitalisme. »

Voilà des paroles d'une grande sagesse ; mais cette réserve, qui peut bien émousser l'hostilité de dissidents, n'infirme-t-elle pas la valeur du *faisceau de recherches, d'observations et d'arguments,* dans *l'examen de la grande question du vitalisme?*

Pour moi, qui crois à ce grand principe du *vitalisme* hippocratique, je le trouve solidement établi dans l'exposition du précis de Bionomie, et, pour cela, pas n'est besoin de faire violence à l'auteur : il ne faut que conclure logiquement des *faits,* des *observations* et des *arguments* qu'il a

produits.— Sur d'autres points, celte réserve n'est pas restée absolument infructueuse, car l'auteur a pu ajouter :

« Les révélations du microscope, touchant l'organisation intime du cancer, avaient conduit à des distinctions contre lesquelles la clinique me semblait protester. J'ai essayé de concilier les faits en énonçant des propositions avec lesquelles ont parfaitement concordé les principales opinions soutenues dans le sein de l'Académie de Médecine pendant la mémorable discussion de 1854.

» La théorie moderne de la syphilis paraissait complète et inébranlable; j'ai réclamé sur quelques points des modifications et des restrictions que l'expérience a depuis rendues plusieurs fois évidentes et nécessaires. »

Mais examinons ces nouveaux volumes. — L'un des points culminants et des plus difficiles à fixer, par rapport aux maladies de la peau, est, sans contredit, leur classification. On peut faire reposer leur analogie et leurs différences seulement sur les formes ou les manifestations visibles. L'analogie du siége et celle des formes peuvent faire perdre de vue les différences d'origine, la diversité dans le mode de développement, les relations ultérieures, la durée de leur marche et les terminaisons,— ce que nous appellerions, nous, leur nature, — et c'est là la véritable base de leur distinction.

Sous ce rapport, on ne peut trouver rien de plus rationnel que la division des maladies de la peau en deux grandes classes : les maladies aiguës et les maladies chroniques. — « Quelques genres, il est vrai, comme le dit M. Gintrac, appartiennent à l'une et à l'autre par la similitude de nom et par quelques apparences. Ils établissent une sorte de transition : ce sont des affections qui sont cependant différentes les unes des autres, car elles obéissent à des lois étiologiques diverses, et semblent n'être rapprochées que pour rendre leurs dissemblances plus saillantes par la facilité des comparaisons.

» Ainsi, quel médecin n'est frappé du contraste que présenteraient le pemphigus aigu, la roséole aiguë, l'eczéma, le lichen aigu, etc., comparés au pemphigus, à la roséole, à l'eczéma, au lichen chroniques? Si dans ces exanthèmes, portant un nom commun, il est impossible de méconnaître des maladies différentes par leur origine, par leur marche, par un cachet très significatif, que sera-ce à l'égard des affections qui n'ont ni le même nom, ni les mêmes causes, ni les mêmes allures, et dont le rapprochement étrange, ou, du moins, purement artificiel, tend à confondre leurs phénomènes et à rendre leur histoire difficile à saisir. - C'est donc bien à tort que Willan et Bateman ont confondu sous les mêmes ordres les exanthèmes aigus et les maladies chroniques de la peau, en rapprochant la variole de l'impetigo, la varicelle de l'eczéma, en plaçant la miliaire de suite après le rupia, etc. »

Pour légitimer la distinction capitale que fait M. Gintrac entre les maladies aiguës et chroniques de la peau, et prouver combien elle est naturelle et pratique, il suffirait, dit-il, de parcourir les hôpitaux de la capitale; on verrait que les affections chroniques constituent le domaine exclusif de l'hôpital Saint-Louis, tandis que les autres hôpitaux reçoivent et traitent tous les exanthèmes aigus.

Mais si parmi les exanthèmes aigus, il en est que divers auteurs ont enlevés d'une manière absolue au domaine de la pathologie cutanée, pour les élever au rang de fièvres essentielles, parce qu'elles sont épidémiques et tiennent à des causes intérieures et générales, comme la variole, la rougeole, la scarlatine, la miliaire, pourquoi y laisser encore l'érysipèle, qui peut être épidémique; le pemphigus, le zona, le purpura, l'urticaire aiguë, qui dépendent le plus souvent de causes internes et qui se rattachent bien plus, comme leurs noms anciens le proclament, aux fièvres éruptives qu'aux simples dermatoses.

Certainement, les phénomènes qui se passent à la peau dans les fièvres éruptives sont assez importants pour être pris en considération et servir de signe de ralliement, bien qu'il y ait plus de différence entre eux qu'entre les fièvres qui les accompagnent.

Si on voulait, d'un autre côté, supprimer des maladies cutanées toutes celles qui sont évidemment le produit d'une disposition morbide intérieure, la pathologie cutanée serait réduite à de très-minimes proportions.

Aussi approuvons-nous les motifs qui ont porté M. Gintrac à comprendre dans une grande famille les fièvres qui aboutissent à une éruption et les exanthèmes qui commencent par un état fébrile et ont une marche rapide. — Nous pensons, comme lui, que les plus évidentes analogies autorisent ce rapprochement; mais les états morbides ainsi rapprochés ont des affinités spéciales ou quelques traits de ressemblance plus marqués qui permettent de les distribuer en plusieurs groupes.

Voici les divisions adoptées par l'auteur comme les plus naturelles; il place :

Dans un 1er groupe.	La variole. La varioloïde. La varicelle. La vaccine.
Dans un 2e.........	La scarlatine. La rougeole. La rubéole. La roséole aiguë.
Dans un 3e.........	Le purpura. Les sudamina. La miliaire sporadique. La miliaire puerpérale. La miliaire épidémique ou suette miliaire. La suette anglaise.
Dans un 4e.........	L'herpès. L'hydrargirie. L'eczéma aigu. Le pemphigus aigu.

Dans un 5e........	L'érysipèle. Le sclérème aigu. L'urticaire aiguë. Le lichen aigu. Le strophulus.
Dans un 6e........	L'ecthyma aigu. Le furoncle. L'anthrax. Le charbon. La pustule maligne.

Ces maladies sont on ne peut mieux groupées; peut-être pourrait-on trouver que l'auteur eût pu se dispenser d'admettre le sixième groupe, qui appartient plus spécialement à la pathologie externe, comme le dit d'ailleurs très-bien M. Gintrac, lorsqu'il s'agit d'en traiter en détail.

Avant d'exposer l'histoire particulière de ces diverses maladies, l'auteur donne quelques notions sur l'ensemble qu'elles forment, sur leurs causes, leurs phénomènes, leurs manières d'être, et sur les principes de leur traitement.

Et cela, dans quelques propositions aphoristiques qui éclairent ces diverses parties d'une vive lumière; notions générales qui devront être présentes à l'esprit en lisant l'histoire de chaque groupe.

Le 1er, consacré à la variole, la varioloïde, la varicelle et la vaccine, est un des plus naturels, et ne contient pas moins de 300 pages : véritable monographie des plus complètes.

Du sixième siècle, que date l'apparition de la variole en Europe, l'auteur la suit jusqu'à nos jours, et mentionne année par année toutes les épidémies qui ont existé.

Il en étudie les causes qui, au premier abord, semblent devoir se résumer dans la spécificité, la contagion. Cependant, il y a quelques lumières à retirer des considérations de l'hérédité, de l'âge, du sexe, du tempérament, de la disposition spéciale d'immunité, comme *causes organiques;* des localités, des influences atmosphériques, des saisons, des épidémies, comme *causes hygiéniques.*

Après toutes les descriptions, même les plus vraies, les plus pittoresques de la variole, il est encore permis à un observateur patient, scrupuleux et éclairé, de tracer à son tour un tableau d'une maladie qu'il a étudiée, pendant dix-huit ans, dans un service d'hôpital qui lui a permis de voir 608 varioleux. Aussi, période d'invasion, d'éruption, évolution, apparition sur les muqueuses, période de suppuration, phénomènes qui l'accompagnent, tuméfaction sensible à la face et aux mains, période de dessiccation, symptômes généraux, fièvre, température, état du sang, phénomènes nerveux, délire, assoupissement, paralysie, salivation, diarrhée, odeur spéciale, tout a été contrôlé et mentionné par M. Gintrac avec un soin scrupuleux.

Les variétés de la variole ne pouvaient pas échapper à cette étude; aussi un coup-d'œil est donné à la variole confluente, discrète, aux varioles anomales ou irrégulières, aux varioles incomplètes, soit *locales,* soit *sans éruption.*

Des terminaisons de la variole, celle qui a lieu si souvent par la mort, a surtout été étudiée selon les circonstances qui l'amènent et les périodes auxquelles elle a lieu; tout ce qui a été émis jusqu'à ce jour par les plus éminents observateurs, à propos de l'anatomie pathologique de la variole, a été soigneusement exposé et apprécié par M. Gintrac.

Mais il est un article relatif aux *complications* de la variole, qui contient une manière de voir propre à l'auteur, et que nous recommandons plus particulièrement à nos confrères. — Il divise ces complications en trois ordres, selon qu'elles sont fournies par des *états morbides généraux,* par *l'affection grave* de quelque organe important, ou par la *coïncidence d'un autre exanthème.* Quant aux états morbides généraux, il les rattache :

1° A l'hypersthénie vasculaire (varioles inflammatoires);

2° A l'hyposthénie vasculaire (varioles noires, adynamiques et gangréneuses);

3° A l'altération du sang (varioles pétéchiales et hémorrhagiques);

4° A l'ataxie (varioles malignes et ataxiques);

5° A l'intermittence fébrile.

Au nombre des complications produites par la lésion de divers organes importants, se trouve la méningo-encéphalite, la laryngite, l'œdème de la glotte, la pneumonie, les tubercules pulmonaires, la pleurésie, la péricardite, la gastro-entérite, l'entéro-colite, la colite, l'entérite folliculeuse, les vers intestinaux.

Quant aux exanthèmes compliquant la variole, on sait que quelques pathologistes ont nié la coïncidence de deux maladies contagieuses; l'auteur en admet la possibilité entre la variole et la suette miliaire.

L'article relatif à la physiologie pathologique de la variole agite une question importante : la variole est-elle le développement d'un germe primitif, inné, intérieur et inhérent à l'organisme, comme le pensent certains auteurs? M. Gintrac montre des doutes à cet égard. « Il est probable, dit-il, qu'un organisme naissant ne reçoit, ne possède, ne conserve pas plus le germe de la variole, que celui de la scarlatine, de la rougeole, de la miliaire et d'une foule d'autres maladies. Il faudrait supposer que ces germes étaient demeurés latents et inertes pendant des siècles avant d'affliger l'espèce humaine, et qu'ils restent également oisifs pendant des années entières chez la plupart des hommes avant de se développer.

» Sans doute l'économie est très-apte à contracter certains états morbides; mais cette aptitude varie selon les grandes époques de la vie de l'humanité, selon les temps et les constitutions médicales, et selon les individus. Il serait aussi peu logique que consolant de supposer en chacun de ceux-ci le germe fatal d'une destruction prochaine. »

Dès lors, le principe contagieux, poison morbide qui

s'offre sous deux formes : virus ou miasme, est étranger à l'économie, et pénètre par des voies diverses. Le sang et les autres fluides sont sans contredit les véhicules de ce principe contagieux, et il provoque une double réaction, ce que Hallé appelait ses deux dépurations.

Dans un ouvrage de pathologie et de thérapie, ce que l'on recherche après les vraies notions des maladies, ce sont les ressources que l'art met à notre disposition pour les traiter; je ne dis pas guérir, parce que je sais qu'il en est qui sont au-dessus de nos ressources.

La thérapie de la variole doit témoigner de la puissance de la Médecine, mais ce ne peut être que dans des conditions données. Pour prouver cette assertion, il ne faut que considérer ce qui constitue le pronostic de cette affection. En général grave, il diffère selon de nombreuses circonstances. Les âges, les dispositions antérieures des sujets, l'état de grossesse, les saisons et les climats, le nombre de personnes atteintes, l'état épidémique, le nombre, l'aspect des pustules, la marche de la maladie, lui impriment des caractères plus ou moins funestes.

La thérapie ne peut influencer ces circonstances, quelquefois à peine en atténuer les effets.

Quelle valeur donc ne faut-il pas reconnaître à la prophylaxie? Et la vertu préservatrice de la vaccine étant constatée, quelle ardeur ne doit-on pas mettre à la défendre. L'on conçoit qu'avant sa découverte, l'inoculation ait trouvé tant de partisans; mais contre une maladie à ce point contagieuse, quel bénéfice ne doit on pas espérer de l'isolement?

Pour concourir au traitement curatif de la variole, les moyens hygiéniques doivent jouer un rôle puissant. Air frais et renouvelé, pas de rayons lumineux trop vifs; lits en crin, draps et linge souvent changés; quelquefois, mais avec mesure, lotions et bains. — Une diète trop rigou-

reuse aurait des inconvénients; il faut réparer des forces que des pustules nombreuses et une suppuration fort étendue épuiseraient.

Quant aux moyens internes ou généraux, M. Gintrac en signale les indications suivant les périodes. Émissions sanguines, vomitifs, purgatifs, antispasmodiques, narcotiques, toniques y sont recommandés selon l'opportunité; mais malgré de respectables autorités, M. Gintrac rejette les mercuriaux à l'intérieur du traitement de la variole.

Dans l'examen des moyens externes et locaux, l'auteur recommande la prudence relativement aux lotions froides, et proscrit les bains; il rejette l'emploi des vésicatoires, et admet la cautérisation des pustules avec le crayon de nitrate d'argent, surtout à la langue, à la voûte palatine et au voile du palais. Il ne prescrit pas de cautérisation générale, craignant d'exciter trop vivement la peau. D'ailleurs, le danger ne tient pas à l'état pustuleux des téguments, comme il le dit très-bien, mais à la violence de l'intoxication, de l'altération des fluides, des complications. Pour enrayer le développement des pustules, et les empêcher de suppurer, on a, dans ces derniers temps, préconisé les applications de teinture d'iode, M. Gintrac en a tenté l'emploi dans un cas sur un jeune homme de quinze ans, vacciné, atteint de variole confluente et qui guérit; mais le délire et le coma qui survinrent diminuèrent la confiance que ce moyen avait inspiré.

Quant aux autres moyens externes ou topiques, emplâtre de Vigo, onguent mercuriel, emplâtre de zinc, collodion, gutta-percha, feuilles d'or, qu'on a préconisés pour hâter la résolution, la dessiccation des pustules, et prévenir la formation des cicatrices, tous ces moyens n'offrent que peu d'utilité. Le danger de la variole tient à l'état général de l'individu ou aux complications. Or, les modifications apportées à la marche des pustules ne conduisent qu'à de faibles résultats et risquent, en enrayant le développement

des phénomènes extérieurs, d'augmenter les chances de gravité des lésions intérieures.

Il n'en est pas de même pour les *collyres* et les *gargarismes;* mais avec quelle circonspection ne faut-il pas tenter l'usage des premiers, si l'on tient compte de la remarque de Ludwig, que des ophthalmies très-rebelles ont parfois succédé à l'emploi des agents locaux qui étaient précisément destinés à les prévenir.

Quant aux gargarismes, que M. Gintrac recommande très-fréquemment, ils ne peuvent qu'avoir de bons effets lorsqu'une éruption pustuleuse, une inflammation vive de la muqueuse gutturale, et un gonflement douloureux des tonsilles, en indiquent l'emploi. C'est au moyen d'une seringue à injection qu'il prescrit de faire pénétrer, dans l'arrière-bouche, des liquides émollients d'abord, résolutifs ensuite.

Des pages importantes sont consacrées à tout ce qui se rattache à l'inoculation : historique, remarques sur sa pratique, phénomènes de la variole inoculée, éruption primitive ou locale, générale ou secondaire; comparaison entre la variole inoculée ou spontanée, anomalies de l'inoculation, avantages qui lui sont attribués, inconvénients qu'on lui reproche; enfin, circonstances dans lesquelles l'inoculation pourrait être permise, tout y est largement traité.

Après l'histoire complète de la variole, M. Gintrac passe à l'exposition de la varioloïde. Là nous remarquons surtout la section relative aux symptômes et aux variétés de l'affection.

C'est en fixant son attention sur la présence ou l'absence de quelques-uns des phénomènes principaux de la période de suppuration, que M. Gintrac a pu établir quelques distinctions.

Il en reconnaît six variétés : dans la première, *fièvre, gonflement de la face et formation du pus ;* dans la seconde, *fièvre secondaire, formation du pus,* mais *sans gonflement*

de la face, dans la troisième, il y a *suppuration des pustules, gonflement de la face, sans qu'il y uit eu de fièvre secondaire*; la quatrième diffère des précédentes en ce que la *suppuration s'effectue sans fièvre ni gonflement de la face et des mains*. Le seul phénomène observé a été *la blancheur jaunâtre des pustules, distendues par la matière purulente*. La cinquième variété est avec *fièvre manifeste et tuméfaction de la face, sans que les pustules aient blanchi*; elles se sont affaissées avec une teinte brune, et desséchées sans suppuration. La sixième, enfin, ne montre *ni suppuration manifeste, ni gonflement de la face, ni fièvre secondaire*. Le jour de l'apparition de chacun de ces phénomènes est constaté dans des tableaux; 179 individus en ont fait le sujet. La cinquième variété a été la plus rare : 7 sujets seulement l'ont offerte; la quatrième, au contraire, a été observée sur 60 malades.

Cette étude, minutieuse en apparence, est du plus grand intérêt par les traits qu'elle fournit à la comparaison ou aux rapports de la varioloïde avec la variole, rapports résumés dans quelques propositions générales qui établissent un diagnostic différentiel, et qui tracent entre la variole et la varioloïde une ligne de démarcation beaucoup trop tranchée pour ceux qui ont voulu rapprocher la varioloïde plutôt de la varicelle que de la variole. Pour M. Gintrac, et je crois aujourd'hui pour la plupart des médecins, la varioloïde n'est qu'une modification ou une forme amoindrie de la variole, mais tenant virtuellement à la même cause. Un seul argument est péremptoire à cet égard : le même miasme, apporté dans une famille ou dans une maison habitée par un certain nombre d'individus, peut communiquer aux uns la variole, aux autres la varioloïde; la variole confluente, discrète, et la varioloïde, peuvent naître de la même infection.

L'histoire de la varicelle est traitée par M. Gintrac avec le même soin. Il donne la description de la *varicelle pus-*

tuleuse, papuleuse et vésiculeuse, d'après des faits nombreux observés par lui 40 cas de la première. 23 pour la seconde, 110 pour la troisième, la varicelle vésiculeuse, qui présente deux sous-variétés : la *varicelle confluente*, la *varicelle pemphigoïde* ou bulleuse.

En étudiant les rapports de la varicelle avec la variole et la varioloïde, M. Gintrac discute savamment les opinions de ceux qui ont voulu faire de la varicelle une variété de la variole, et donne le véritable caractère qui sépare invinciblement ces deux affections. Il consiste dans la *forme spéciale* qu'affectent les pustules dès le lendemain de leur apparition. Elles montrent, à la place d'un sommet ou d'une convexité, une saillie aplatie et circonscrite, au centre de laquelle est une dépression, — caractère de la variole et de la varioloïde, qui manque dans la varicelle, — caractère positif, mais seulement pour le clinicien qui ne perd pas de vue son malade dans les deux ou trois premiers jours de l'éruption.

Mais si la ligne de démarcation est tranchée pour les formes extérieures, qu'en est-il pour l'essence, l'origine, la nature de ces maladies, c'est-à-dire de l'identité ou de la non identité de la variole et de la varioloïde d'une part, et de la varicelle de l'autre ? M. Gintrac a résolu ce problème complexe en l'envisageant sous divers points de vue :

1° *La varicelle provient-elle de la variole?*

2° *La varicelle peut-elle produire la variole?*

3° *Quelle influence la variole exerce-t-elle sur la varicelle, et réciproquement?*

4° *La varicelle reçoit-elle quelque influence de la part de la vaccine?*

Et il résulte de l'examen de ces questions :

1° Que la varicelle peut naître dans les mêmes circonstances que la variole, et semblerait quelquefois avoir été provoquée par elle;

2° Que si l'on a cru la varicelle apte à produire la variole, des doutes sérieux s'élèvent contre une pareille conséquence;

3° Que la varicelle et la variole sont comme étrangères l'une à l'autre, se comportant, soit l'une à l'égard de l'autre, soit relativement à la vaccine, de manières complétement différentes;

4° Que, malgré leurs apparentes analogies, loin d'être de nature identique, la variole et la varioloïde d'un côté, et la varicelle de l'autre, se distinguent par le principe qui les produit, par leurs propriétés essentielles et leurs affinités spéciales, comme elles diffèrent par leurs caractères anatomiques et par leurs attributs, et le cachet propre de leurs manifestations extérieures.

La vaccine enfin termine l'exposition de ce premier groupe, et ce grand chapitre est traité avec une autorité magistrale. Je ne crois pas que rien de ce qui pourrait élucider tout ce qui se rattache à cette intéressante question de pathologie et d'hygiène publique, ait échappé à la sagacité de notre savant confrère.

La simple énumération des points compris dans cette section prouvera ce que j'avance : — historique, origine première de la vaccine, dégénérescence et rénovation du vaccin, qualités du virus, moment de son activité, son immiscuité, sa conservation, sa propagation, les phénomènes et les caractères du vaccin normal, vus dans son incubation, son irruption, sa maturation, sa dessiccation. — La comparaison de la vaccine et de la variole, les anomalies de la première, fausses vaccines, vaccines bâtardes, vaccinelles, ses complications, la coïncidence de la variole et de la vaccine, leur action réciproque, l'action anti-variolique de la vaccine, la revaccination, et enfin l'influence de la vaccine sur la mortalité générale, tout est embrassé et cons-

cieneieusement traité dans ce vaste chapitre. — Nulle part ailleurs n'a été exposée d'une manière si concise, si claire la controverse qui a eu lieu récemment sur la valeur absolue de la vaccine en rapport avec la mortalité. Chacun des arguments de l'acte d'accusation dressé contre elle par MM. Carnot, Bayard, Ancelon, Villette de Terzi, est réfuté d'une manière victorieuse. A la statistique erronée de M. Carnot sont opposés les travaux plus complets de MM. Charles Dupin et Bertillon, et M. Gintrac a pu conclure avec juste raison que « sans se laisser influencer par de simples aperçus, par des hypothèses et par des craintes chimériques, le médecin, fort d'une expérience déjà demi-séculaire, doit considérer et employer ce moyen prophylactique comme essentiellement protecteur de la santé publique. »

Mais je m'aperçois que j'ai à peine fait connaître le premier groupe des fièvres éruptives et des exanthèmes aigus, et que j'ai dépassé les limites d'un premier article. — Nous continuerons l'examen de cette œuvre importante dans le numéro suivant. COSTES.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Allumettes chimiques sans phosphore. — Il n'y a plus rien à dire aujourd'hui sur les dangers que présente le phosphore entrant dans la composition des allumettes chimiques. Personne n'ignore que le phosphore blanc présente le triple danger, dans cette circonstance, d'être un agent toxique, une source d'incendie et une cause de maladies pour les ouvriers qui le manient dans les fabriques. L'emploi, dans les allumettes chimiques, du phosphore rouge, qui est peu inflammable, non vénéneux et sans danger pour l'ouvrier qui le prépare, a fait très-heureuse-

ment disparaître les inconvénients qui se rattachent au phosphore blanc. Mais une solution plus simple encore de ce problème d'utilité publique, c'était de bannir entièrement le phosphore blanc ou rouge de la composition des allumettes chimiques. C'est ce qui vient d'être fait. Un fabricant est parvenu à obtenir des allumettes inflammables dans lesquelles le phosphore est remplacé par le chlorate de potasse. On a trouvé le moyen de broyer et de manier sans danger le chlorate de potasse, difficulté capitale qui avait fait rejeter jusqu'ici l'emploi en grand de cette matière.

Les comptes rendus de l'Académie des sciences ont publié à ce sujet la note suivante de l'auteur de cette nouvelle préparation, M. Canonil :

« Les nouvelles allumettes sont absolument sans phosphore blanc ou rouge, ordinaire ou amorphe. Elles ne peuvent plus être transformées en agent d'empoisonnement; elles ne sont plus même incendiaires, si on les réduit à leur dernier degré d'inflammabilité à la condition d'allumettes de sécurité; elles sont essentiellement formées de chlorate de potasse additionné d'une petite quantité d'un bioxyde, d'un bichromate ou d'un oxysulfure métallique, lorsqu'on veut les rendre plus facilement inflammables. J'ai trouvé le moyen de manier et de broyer, même à sec, le chlorate de potasse sans possibilité aucune d'explosion ou de déflagration.

» La pâte qui forme le bout de l'allumette n'est nullement toxique; un chien peut en avaler plus d'un kilogramme sans éprouver d'autre accident qu'une soif un peu intense.

» Les nouvelles allumettes ne répandent aucune odeur, ni dans la fabrication, ni dans l'emmagasinement, ni dans l'usage. On est tout surpris de circuler dans des magasins contenant des milliers de boîtes d'allumettes chimiques sans qu'aucune émanation ou odeur accuse leur présence; elles s'allument sans explosion et sans projection. » (Louis Figuier, *année scientifique.*)

— Il est aujourd'hui démontré par des faits devenus malheureusement trop multipliés, que les allumettes chimiques au

phosphore blanc mettent à la disposition du public un poison des plus violents et des plus insidieux, en même temps des plus difficiles à retrouver par les recherches toxicologiques, un poison qu'on doit considérer comme plus dangereux que l'arsenic lui-même.

D'où vient que la fabrication et la vente de ces allumettes soit encore permise? L'administration n'est-elle pas armée de lois positives qui défendent formellement la vente des poisons? Et si ces lois ne paraissent pas applicables dans l'espèce, l'administration ne peut-elle pas en demander de nouvelles au gouvernement ou à l'assemblée législative? Dans le ressort de la Cour impériale de Bordeaux seulement, cinq affaires d'empoisonnement par le phosphore des allumettes chimiques ont été déférées aux cours d'assises, dans les six derniers mois écoulés : un plus grand nombre d'empoisonnements par imprudence ou de suicides consommés au moyen de ce toxique ont été signalés au conseil d'hygiène de la Gironde pour cette même période de six mois, par MM. Barbet et Levieux.

A quel chiffre devra s'élever la statistique criminelle et mortuaire pour que la question industrielle, qui est liée à la fabrication des allumettes au phosphore blanc, soit primée par la question de morale et de salubrité publique?

Plusieurs conseils généraux de départements, plusieurs sociétés savantes (notamment l'Académie de Bordeaux), plusieurs conseils d'hygiène (notamment celui de la Gironde), ont émis des vœux pour obtenir l'interdiction de la fabrication et de la vente des allumettes au phosphore blanc; nous croyons, quant à nous, qu'il est temps que l'opinion publique soit éclairée sur cette sérieuse affaire.

L'administration, gardienne de la prospérité industrielle, a besoin sans doute de trouver un point d'appui dans l'opinion publique pour se décider à interdire une exploitation à laquelle se rattachent des intérêts nombreux et importants, avec lesquels il serait injuste de ne pas compter.

J. Jeannel.

Usage interne de la glycérine. — L'action de la glycérine, employée comme topique, est aujourd'hui assez exactement con-

nue. Quelle est son influence lorsqu'elle est employée à l'intérieur? Il régnait à cet égard une certaine incertitude. Le Dr Lander Lindsay, en Écosse, a démontré, par des faits assez nombreux, que la glycérine, à la dose de 30 grammes par jour, possède une propriété nutritive assez marquée. En outre, il paraît résulter des expériences faites non-seulement par les médecins d'Edimbourg, mais aussi par un certain nombre de praticiens, que : 1° L'administration de la glycérine à la dose de trois à quatre cuillerées par jour est inoffensive;

2° Cette substance est facilement ingérée sans aucune répugnance, en raison de sa miscibilité en toute proportion à l'eau et aux autres sortes de boisson ;

3° Elle est rapidement absorbée sans donner lieu à aucun trouble gastrique ni à aucun effet primitif sensible;

4° Son usage prolongé paraît avoir occasionné, dans quelques circonstances, comme effets consécutifs sur l'homme sain, le développement de l'embonpoint;

5° Enfin, cette influence sur l'économie aurait été mise directement à profit avec quelque succès dans certaines débilitations constitutionnelles : les cachexies, la scrofule, la phthisie, les flux chroniques de l'intestin, et dans beaucoup de cas où l'huile de foie de morue est vulgairement en crédit.

M. le Dr Jules Davasse a voulu constater les effets thérapeutiques de la glycérine; il l'a donnée à des individus dont le marasme avait été produit soit par une fièvre typhoïde, soit par une lienterie, soit par une atrophie musculaire, soit par un diabète, soit par la phthisie pulmonaire. Ses observations lui ont paru motiver les conclusions formulées par les précédents expérimentateurs, mais avec quelques réserves; toutefois, notamment en ce qui concerne l'assimilation que les médecins anglais ont cru pouvoir faire entre les effets de l'huile de morue et l'action prétendue succédanée de la glycérine. (*Bullet. de thérap.* — *Journal de Bruxelles.* Juillet).

...

Du brome dans les affections pseudo-membraneuses. — M. Ozanam a signalé, il y a quelques années, à l'attention des médecins, le brome comme un médicament utile dans les affections

pseudo-membraneuses. Plusieurs médecins l'ont employé avec un égal succès; mais le brome est d'un maniement difficile, en raison de son énergie et de son extrême volatilité. Voici la formule adoptée par M. Ozanam :

Eau distillée	100 gr.	
Bromure de potassium	} aa 10 centigr.	
Bromure pur		

L'eau bromée est administrée dans les cas de croup et d'angine couenneuse. On en donne d'abord une à cinq gouttes par jour dans un verre d'eau; on peut élever la dose jusqu'à vingt-cinq et même trente gouttes par jour. On ne peut dépasser cette dose sans provoquer des douleurs d'estomac et des vomissements. L'action du brome paraît consister dans une sorte de désagrégation moléculaire des fausses membranes. Au point de vue prophylactique, il est non moins utile. (*Bullet. thérap.* Juillet 1859).

Inflammation de la membrane du tympan. — M. le Dr Kramer, dont on connaît les travaux sur les maladies de l'oreille, préconise l'emploi de la pommade suivante lorsque l'inflammation de la membrane du tympan n'a pas cédé à l'action des antiphlogistiques :

Émétique	4 gr.
Cérat	} aa 8 gr.
Huile	

à employer en frictions au-dessous de l'apophyse mastoïde.

Si l'affection passe à l'état chronique et donne lieu à une otorrhée muqueuse ou purulente, on fait usage des solutions ainsi formulées :

Eau	30 gr.
Sulfate de zinc ou acétate de plomb	5 à 50 centigr.

ou bien :

Nitrate d'argent ou bichlorure de mercure... 1 à 5 centigr.

(*Bullet. thérap.* Juillet 1859).

Potion diurétique contre la pleurésie avec épanchement. — Fou-

quier et M. Blache ont employé avec succès la formule suivante :

Acétate de potasse............	aa 4 gr.	
Azotale de potasse............		
Eau distillée.................	150 gr.	
Sirop de cinq racines..........	50 gr.	

Une cuillerée à bouche toutes les heures. (*Répertoire de pharmacie.* Juillet 1859).

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GIRONDE.

L'Assemblée générale de l'Association des Médecins de la Gironde a eu lieu le 3 juillet dans l'amphithéâtre de l'École de Médecine.

Le président, M. Arthaud, a pris la parole en ces termes :

MESSIEURS,

« Vos suffrages unanimes m'avaient appelé à la candidature de la présidence de l'Association médicale de la Gironde ; l'Empereur a daigné confirmer votre choix. Recevez, Messieurs, l'expression de ma gratitude pour un témoignage d'estime et de confiance qui me flatte et m'honore infiniment.

» Vous connaissez l'intérêt que l'Empereur porte à ces actes de sage prévoyance qui, par les heureuses combinaisons d'une association bien réglée, atténuent les chances de la détresse en les dispersant en quantités insensibles sur un grand nombre d'individus solidaires. La meilleure manière d'exprimer au Pouvoir notre reconnaissance, c'est de mettre tout notre zèle et toute notre influence à assurer le succès d'une œuvre qu'il a consacrée.

» Messieurs, notre œuvre est à peine fondée, nous tenons

aujourd'hui notre première séance, et cependant, je suis heureux de pouvoir vous annoncer qu'un grand nombre des médecins de Bordeaux et des autres arrondissements, ont déjà adhéré à notre Association. Nous avons la ferme espérance qu'avant peu de mois les retardataires, stimulés par votre exemple et par une exacte appréciation des avantages de notre Société, se réuniront à nous. Qui pourrait se déclarer l'adversaire d'une œuvre qui est exclusivement une œuvre d'humanité et de bonne confraternité?

» Ce n'est pas seulement en faisant un appel à leur cœur que je convoque tous nos confrères du département à prendre part à notre Association, c'est au nom d'un devoir que la morale prescrit et que la prudence la plus vulgaire nous commande d'accomplir. Pour ceux qui, séduits par des circonstances favorables, se flattent témérairement d'être à jamais à l'abri des atteintes de la misère, il y aurait égoïsme à se séparer de nous, et ce serait folie pour ceux qui prévoient la gêne et que l'infortune talonne d'une manière incessante. La solidarité qui doit unir les médecins entre eux a sans doute pour mobile un généreux mouvement de notre sensibilité, mais elle est aussi l'expression d'un intérêt bien entendu, et elle relève d'une obligation morale et sévère, à laquelle nul de nous n'a le droit de se soustraire. Refuser la solidarité, c'est abdiquer la confraternité, car la solidarité et la confraternité sont une seule et même chose. Ah! Messieurs, si la confraternité était sérieusement et loyalement pratiquée, nous verrions disparaître la plupart des ennuis qui font cortége à la vie médicale. Tous les médecins heureux n'ont pas mérité leur bonheur, et tous les malheureux ne sont pas responsables de leur infortune; ils ont donc tous besoin de support et de bienveillance réciproques. Si la haine est toujours prête à poindre dans des âmes froissées, l'égoïsme et l'orgueil sont trop souvent aussi domiciliés au cœur de ceux que le hasard et la fortune ont favorisés.

» La Gironde compte 290 docteurs et 190 officiers de santé. En admettant que ces 480 membres du Corps médical s'imposent la modeste annuité de 12 fr., nous réaliserons une sommede 5,760 fr. Jamais pareil budget n'a été ouvert aux infortunes médicales de notre département. Cette somme s'accroîtra, avec l'aide du temps, de tous les dons que les médecins en bonne position feront à l'Association, soit de leur vivant, soit après leur mort. — Il est encore un moyen d'accroître nos ressources que je vous propose, et qu'un bon nombre de nos confrères accepteront, je l'espère : c'est de donner une fois pour toutes à l'Association un coupon de 12 fr. de rente sur l'État. De cette manière, leur quotité annuelle sera soldée pendant leur vie entière, et leur bienfait deviendra perpétuel.

» Ici, Messieurs, toutes les fonctions sont honorifiques : vous choisissez vos administrateurs, et vous n'avez pas à redouter qu'une portion des fonds alloués au malheur, soit absorbée par le salaire de ces états-majors qui, trop souvent, sont une plaie des institutions de bienfaisance.

» Sans entrer dans le vif des questions qui ont excité de récentes polémiques, je dois cependant répondre autant que je le pourrai à diverses objections qui m'ont été faites par des confrères que j'estime et que j'honore, et auxquels j'avais demandé compte de leur éloignement de notre Société. L'un d'eux m'a dit : « Pourquoi les médecins créent-ils une » Association de secours mutuels, lorsqu'il est de notoriété » publique que la médecine est une profession suffisamment » lucrative? Quelques cas exceptionnels de médecins malheu» reux justifient-ils ces Associations qui vont couvrir le sol » de la France et imprimer sur la toque de chaque docteur » l'estampille de la misère? » — Cette objection, Messieurs, est plus spécieuse que solide, car elle repose sur un fait faux dans sa généralité. Il n'est pas vrai que la médecine soit une carrière lucrative. Si elle est l'une des plus respectées, c'est

parce qu'elle est celle qui nécessite le plus de travaux et qui impose le plus de sacrifices, et, certes, ce n'est pas celle qu'il faut embrasser, lorsqu'on ne place pas le but de sa vie dans une sphère supérieure aux ambitions vulgaires de la fortune et aux vanités du luxe. Je n'ai compté avec aucun de vous, Messieurs, mais je sais par ma propre expérience et celle de mes amis, qu'après des études longues, assidues et onéreuses, des épreuves universitaires multipliées, il est rare qu'un docteur, dans une grande ville, reçoive avant l'âge de trente-cinq ans, des honoraires suffisants pour fournir aux dépenses d'une maison honorable, mais modeste. Je ne parle encore que des plus heureux. Jusqu'à cette époque, c'est aux patrimoines à fournir aux besoins de la famille du médecin. Quant aux médecins qui ont consacré tout leur patrimoine aux frais de leurs études, ils doivent s'attendre à de bien mauvais jours jusqu'à l'heure tardive d'une suffisante rémunération. Je ne pense jamais sans un vif sentiment d'orgueil, à la dignité d'une corporation dans laquelle un si grand nombre d'hommes éminents par la science, par le zèle, par le dévouement, supportent des positions précaires avec tant de sérénité et de résignation. Il n'est pas de sacerdoce, Messieurs, qui exige plus de labeurs et d'assiduité; il n'en est pas qui apporte aux douleurs de l'humanité plus de soulagement et de consolations, et il n'en est pas dont l'existence matérielle soit moins assurée. Si, dans l'intérêt de la science et des malades, il n'est pas utile que la médecine conduise rapidement à la fortune, au moins serait-il juste qu'après une vie activement et honnêtement remplie, le médecin pût arriver à l'aisance. Que de causes qu'il serait facile d'anéantir s'opposent au bien-être des médecins! Interrogez nos confrères des campagnes, et ils vous diront le tort que leur font la concurrence : ici, du rebouteur ou du sorcier; là, celle des sœurs de charité; ailleurs, celle du curé lui-même; ailleurs encore, celle de tel autre individu sans titre, qui fait signer ses ordon-

nances par un docteur indigne, sans domicile réel dans la commune. La loi, qui nous impose tant d'obligations, manque d'une sanction pénale suffisante contre les gens qui exercent illégalement la médecine, au grand détriment de la santé publique et de nos légitimes intérêts.

» Une autre cause plus générale et plus grave de la gêne du Corps médical, c'est, d'une part, l'abaissement des honoraires par l'abaissement même du taux de l'argent, et, de l'autre, l'accroissement de valeur de toutes les choses nécessaires à la vie. Il résulte de cet ordre de choses, entre les recettes et les dépenses, un écart qui grandit chaque jour et qui menace de rendre la position des médecins insoutenable. Si la loi ne peut rien pour vous protéger contre cette dernière cause, vous pouvez tout pour vous en affranchir. Rétablissez bravement et d'un accord unanime l'équilibre de vos budgets par l'élévation du taux de vos honoraires. Continuez à rendre à la Société les nombreux services gratuits qu'elle réclame de vous pour le service des pauvres, mais veillez à ce que les folles dépenses de la somptuosité des riches ne se fassent pas aux dépens de la reconnaissance qui vous est due. Tout cela, Messieurs, est bien vulgaire, c'est prosaïque comme le pain quotidien; mais je n'ai pas ouï dire que l'on soit encore arrivé à loger, vêtir, nourrir, élever les familles des médecins avec des phrases sentimentales et de la poésie.

» En présence de cet état précaire de la profession médicale, agissons avec prudence et rallions-nous aux Sociétés de secours mutuels, qui sont le moyen le plus efficace de conjurer l'une des chances d'infortune qui planent sur notre corporation.

» Une autre objection m'a été faite par écrit; elle vient d'un vieil ami, et le premier acte de ma réfutation sera de l'inscrire d'office sur nos listes. Toutefois, je dois lui répondre, parce que dissimuler les obstacles qui peuvent éloigner de nous les honnêtes gens, ce n'est pas les détruire.

» Voici l'extrait de sa lettre ; il est assez curieux pour mériter d'être connu : « Pourquoi voulez-vous que j'entre dans » votre Association, lorsque, dans mon opinion, toutes ces » Sociétés de secours sont un danger social ? N'est-il pas à » craindre que ces secours faciles n'énervent la prévoyance » individuelle et ne servent d'oreiller à la paresse et au désordre. Ce que vous faites est du socialisme mitigé, mais » enfin c'est du socialisme, et je n'en veux pas. Tout ce qui, » de près ou de loin, contribue à abaisser le niveau de la » prévoyance individuelle, abaisse le niveau de la dignité » humaine, et c'est la perte de la dignité qui est la première » source de l'avilissement des individus comme des peuples.

» L'expérience de chaque jour prouve que la suppression » de la mendicité supprime immédiatement le vagabondage » et le paupérisme des rues, en poussant les paresseux au » travail. La certitude qu'ils ont de manquer de tout le lendemain, les force à être économes et prévoyants la veille. » Cette contrainte les moralise. Supprimez toutes les Sociétés » de charité de quelque nom qu'on les décore, et vous ferez » plus pour atténuer la misère que ne le fera cette charité » banale et sociale qui importune celui qui donne et n'améliore que passagèrement le sort de celui qui reçoit. Il n'est » de véritable charité chrétienne que celle qui va droit du » cœur sympathique du bienfaiteur à l'âme reconnaissante » de celui qui reçoit, et jamais la charité administrative ne » remplacera la charité individuelle pour combler l'abîme » qui sépare le riche du malheureux. Si nous concentrions » sur une ou deux familles de notre voisinage, les sommes » que l'importunité nous arrache pour des œuvres improvisées sans réflexion et qui s'adressent à des êtres que nous » ne connaissons pas, nous servirions beaucoup mieux, » croyez-le bien, les intérêts de la société et de l'humanité. » Si nous avons aujourd'hui dans la Gironde dix familles de » médecins nécessiteux, et c'est beaucoup, l'an prochain

» vous en aurez vingt, et jamais vos ressources ne suivront
» la progression des demandes. Vous croyez supprimer le
» paupérisme, et vous le créez de toutes pièces. »

» Dans ces paroles, Messieurs, le vrai et le faux sont étrangement mêlés. Comme mon honorable ami, je ne pense pas que la charité privée puisse être suppléée par la charité sociale ou administrative. La première procède du cœur, la seconde de la raison : chacune d'elles a sa spécialité. Je dois convenir encore que la charité individuelle a une grande supériorité sur la charité sociale, en ce que cette dernière, malgré les intentions les plus louables, atteint souvent un but diamétralement contraire au bien qu'elle se propose, tandis que la charité privée n'a pas d'abus possible; elle n'a de bornes que celles que ses ressources lui imposent. Alors même qu'elle serait faite sans intelligence, qu'elle aurait favorisé la paresse et recueilli l'ingratitude, elle aurait toujours amélioré le bienfaiteur par l'exercice d'un sentiment charitable pour les douleurs d'autrui, sentiment qui est le véritable caractère des belles âmes.

» Mais, Messieurs, notre Société de secours mutuels n'est pas une œuvre de charité dans le sens vulgaire que l'on attache à ce mot. Nous ne sommes pas des pauvres qui réclamons de qui que ce soit l'obole qui doit apaiser notre faim. Elle n'a rien de commun non plus avec cette soi-disant association qui constitue le socialisme, et dont le résultat a toujours été et sera toujours de faire manger par les frelons le miel élaboré par les abeilles industrieuses. Notre association, simple dans son mécanisme, efficace dans ses résultats, dérive de la découverte assez moderne des lois moyennes, lois sur lesquelles sont fondées les assurances. C'est un acte de sage prévoyance, qui n'a ni la chance de multiplier le paupérisme, ni celle d'offrir une prime d'encouragement à la paresse et au désordre.

» Messieurs, l'observation la moins attentive nous apprend

qu'une profonde distinction doit être faite dans les événements qui conduisent à l'indigence : — les uns tiennent à une faute et auraient pu être prévenus par la prudence; — les autres, nés du hasard et de causes impossibles à prévoir, démentent nos calculs et insultent à notre sagesse. Les premiers peuvent être considérés comme une peine, mais il est impossible à la raison de trouver dans les seconds le caractère d'un châtiment. — Si donc la prévoyance individuelle peut à la rigueur suffire à nous soustraire aux conséquences de cette nombreuse catégorie de fautes qui détruisent l'aisance, elle est impuissante contre ces accidents qui échappent à l'empire de la prudence. Je vous le demande, que peut la prévoyance individuelle contre la maladie, les infirmités précoces, la disette, une trop nombreuse famille, les abus de confiance, les faillites, la vieillesse, les caprices du public, l'ingratitude du client, et une foule d'autres malheurs qui, en peu de temps, précipitent un médecin dans les abimes de la misère. C'est à la science que nous devons demander du secours contre ces accidents du hasard. Or, la science nous a appris que l'association était l'un des plus puissants moyens de déjouer les fléaux imprévus. Certainement, on peut multiplier le mal comme le bien par l'association; mais chez nous, Messieurs, quel est le mal possible qui peut sortir de notre réunion? Je n'en vois réellement aucun. C'est la science qui, par ses progrès continus, améliore sans cesse la condition de l'humanité sur la terre. Son but éternel est de faire triompher le bien et de circonscrire dans des limites toujours plus étroites le domaine du mal. — N'est-ce pas des études des économistes sur les lois de l'association que sont sortis ces divers modes d'assurances qui ont conjuré, au moins dans leurs plus déplorables conséquences, les naufrages, la grêle, l'incendie, la maladie, la mort elle-même. Ne dédaignons pas, Messieurs, les bienfaits de l'association; sachons en profiter pour notre propre compte, et ne confondons pas la mutualité

avec ces associations fausses parce qu'elles sont incomplètes, qui, si l'on en abusait, prépareraient pour l'avenir l'avènement d'un paupérisme redoutable.

» Messieurs, de récentes et vives polémiques ont troublé passagèrement les esprits, et retardé, en apparence, l'organisation de l'Association générale et des Associations locales. Selon moi, ces discussions, engagées entre honnêtes gens animés du même sentiment, et qui ne sont séparés que sur le moyen de rendre au corps médical le plus de services possible, auront sur l'avenir des Associations la plus salutaire influence. Que de scrupules ont été levés! que de points douteux ont été éclairés! que de dangers ont été signalés! que de craintes chimériques ont été dissipées! Amis ou adversaires de nos Associations, tous nous ont été également utiles; et, croyez-le bien, les bons arguments qui se sont produits dans la presse, pour ou contre certains articles du règlement de l'Association de Paris, se reproduiront devant l'Assemblée générale qui doit avoir lieu en septembre prochain. Comme il ne saurait y avoir en cette circonstance des intérêts particuliers engagés, qu'il ne s'agit que de l'intérêt général d'une corporation, soyez certains que la vérité et la justice se feront jour, et pénétreront sans obstacle dans nos règlements, si toutefois, par erreur, elles en avaient été bannies sur quelques points de détail. Nos règlements s'amélioreront par l'expérience, qui, elle seule, confirme ou infirme toutes les polémiques. Ne nous préoccupons pas, au delà de ce qu'il convient, de quelques oppositions plus apparentes que réelles. Je me méfierais d'une institution qui, à ses débuts, affecterait la ridicule prétention d'être infaillible, et qui redouterait de passer par le creuset épurateur de la critique.

» Nous avons des intérêts généraux à sauvegarder, et il est évident que l'Association générale, par la juste autorité de son président et de ses membres, par son influence sur

la presse de Paris, est plus en mesure que nous ne le sommes, de porter nos doléances d'une manière utile auprès du Pouvoir.

» Nous avons voulu donner au principe si fécond de l'Association toute sa puissance, par l'annexion de notre Société à l'Association générale. Il est de grandes œuvres que nous n'aurions jamais pu accomplir dans l'isolement : telles sont une caisse de retraite pour les vieux médecins; des secours efficaces pour leurs veuves et même leurs ascendants malheureux; des bourses pour aider à l'éducation de leurs enfants, etc.

» Ici, nous n'avons à nous occuper que de notre Association départementale; c'est là notre œuvre essentielle. Quoi qu'on ait pu dire, l'Association générale ne périclite pas; elle se fortifie chaque jour, et déjà trente Sociétés locales ont compris les immenses avantages de l'annexion et y ont adhéré. Plus nous irons en avant, et plus les bienfaits de l'union seront appréciés à leur juste valeur. Mais enfin, Messieurs, en portant les choses au pire, en admettant que l'Association générale, par suite de circonstances que je ne peux prévoir, vînt à se dissoudre, notre Association départementale n'en serait pas atteinte, nous serions forcés de renoncer aux grandes œuvres que nous avions espérées pour l'avenir, et nous ferions le bien sur une échelle plus restreinte et dans la mesure de nos ressources.

» La crainte chimérique d'une dissolution prochaine de l'Association générale ne doit pas vous empêcher de vous inscrire sur nos listes.

» Que des questions personnelles ne soient pas alléguées non plus, pour expliquer un éloignement que rien ne justifie pleinement. Votre Bureau a été élu par vos libres suffrages, et aux prochaines élections vous nommerez d'autres administrateurs, si nous avons manqué de zèle et de lumières pour les intérêts de votre Association.

» Messieurs, vous m'avez tiré de ma retraite, et vous m'avez appelé à vous présider. Ce témoignage de confiance et ce bon souvenir sont pour moi un grand honneur. Vous entendrez une voix amie, et je vous convoque tous à mon tour pour sceller ici, sur le terrain d'une loyale et sincère confraternité, le pacte de la réconciliation. »

Ce discours est accueilli par d'unanimes et de chaleureux applaudissements.

Ensuite, l'assemblée procède à l'admission, au scrutin secret, des membres présentés par le bureau.

Après cette opération, l'Assemblée a élu : *Secrétaire-adjoint,* M. le Dr Chabrely fils.

Membres du Conseil d'Administration pour la circonscription de Bordeaux (ville), MM. les docteurs Levieux et Moussous.

Membres du Conseil d'Administration pour l'arrondissement de Libourne, M. le Dr Pérès.

— Il a été décidé que la constitution définitive de l'Association daterait du 1er juillet 1859.

Voici la liste générale des membres de l'association des médecins de la Gironde, telle qu'elle a été arrêtée par l'assemblée générale :

Bordeaux.

Docteurs :

Azam (E.).
Bazin.
Bertet.
Biermont (de).
Bitot.
Borchard.
Bouché-de-Vitray.
Boussiron.
Buisson.
Caussade père.
Caussade fils.
Cazenave.
Cazenave de Lacaussade.
Chaumet.
Cresonnet.
Denucé.
Dondats.
Dubreuilh (Léonidas).
Dupouy.
Garat.
Gaubric.
Gellie.
Gintrac (E.).
Gintrac (H.).
Birigoyen.
Koysiewicz (Gervais).
Labat.
Labatut.
Lahens.
Le Barillier.
Levieux.
Manès.
Marmisse.
Moussous.
Négrié.
Oré.
Perrin.

Bordeaux (Suite).

Philippe (de Tours).
Piéchaud.
Plumeau.
Paydebat.
Reymonencq.

Rougier.
Rousset.
Segay.
Venot père.
Venot fils.

Officiers de santé :

Augey.
Pujos.
Daviès.

Arrondissements.

Docteurs :

Dureau (Saint-André-de-Cubzac.
Levillain (Cadillac.)
Depons (Bazas.)
Grezeau (Saint-Macaire.)
Ducros (Langon.)
Lalaurie (Bazas.)
Ducros (La Réole.)
Duprada (La Réole)
Ferrier fils (Pauillac.)
Busquet (Cadillac.)
Labarthe (Ludon.)
Lalesque (La Teste.)
Lalanne (La Teste.)
Hameau (La Teste.)

Legendre (Pauillac.)
Chabannes (Saint-Seurin)
Ferchaud (Saint-Maixant)
Oulès (Créon).
Banon (Gradignan.)
Bert (Jau.)
Dubaquié (Bazas.)
Magne (Saint Vivien.)
Pérès (Libourne).
Ameron (Langon.)
Koski (Saint Laurent.)
Larrue (Noaillan.)
Lanelongue (Cassecil.)
Chabrely fils (La Bastide)
De Chapelle (Pont-de-la-Maye.)
Pujo (Blaye.)

Officiers de santé.

Chabrely père (La Bastide)
Ferrier père (Pauillac.)
Barbe (Cenon-la-Bastide)
Rogé (Guîtres.)
Dossat (Uzeste)
Dulauzin (Saint-Symph.).
Dupont père (Noaillan.)
Cutolli (Paillet.)
Mialaret (Bassins.)
Trouillé (Hostens)
Roumat (Aillas.)
Descazeaux (Bazas.)
Reboul (Grignols.)
Lafond (Sainte-Hélène)

LES MEMBRES DU BUREAU :

MM. Arthaud, *Président.*
Mabit, Froin, *Vice-Présidents*
Jeannel, *Secrétaire général.*
Costes, *Trésorier.*
Chabrely fils, *Secrétaire adjoint.*

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

MM. Moussous, Levieux,	Bordeaux, ville.
Lalesque, Abadie,	Bordeaux, *extra-muros.*
Bax, Pujo,	Blaye.
Lac de Boisredon. Da Sylva,	La Réole.
Théry, Ardusset,	Bazas.
Monneins, Piffon.	Lesparre.
Héricé, Perez,	Libourne.

Afin d'éviter les frais de recouvrement et de correspondances, les membres de l'Association sont priés de faire remettre leur cotisation (admission 12 fr., cotisation annuelle 12 fr.), chez M. le Dr Costes, rue Beaubadat, 25.

CHRONIQUE.

—

Le Corps médical de Bordeaux a été menacé de la perte d'un de ses membres les plus distingués. M. le Dr Chaumet, à la suite d'une piqûre anatomique, vit se développer sur le doigt annulaire de la main droite un sphacèle rapide. Des accidents généraux ont fait craindre une intoxication. La coïncidence de quelques phénomènes morbides vers l'un des poumons ont de plus en plus alarmé ses amis; heureusement, les soins qui lui ont été donnés et sa robuste constitution ont triomphé de tous les accidents, et au moment où nous écrivons la convalescence de notre collègue est assurée. L'émotion que sa maladie a produite dans le public a dû prouver à M. Chaumet toute l'estime dont il jouit parmi la population bordelaise.

Le professeur Velpeau, qui avait été appelé de Paris, avait confirmé nos appréhensions.

Les professeurs de l'École de Médecine de Bordeaux voyant leur collègue frappé, peut-être mortellement, dans l'exercice de ses fonctions, ont émis le vœu unanime que les services de ce professeur fussent récompensés de la croix de la Légion d'Honneur. Ce vœu, apprécié par le chef de l'Académie, a été transmis à S. Ex. le Ministre de l'Instruction publique, et la récompense ne s'est pas fait attendre. Par décret du 6 juillet dernier, de S. M. l'Impératrice régente, M. Chaumet a été nommé chevalier de la Légion d'Honneur.

Il a reçu cette nouvelle sur son lit de douleur, de la bouche même de M. Dutrey et de M. le Préfet de la Gironde.

— La Société de chirurgie de Paris vient de nommer, comme

membres correspondants, deux de nos honorables collègues : MM. les professeurs Denucé et Chaumet.

— M. le Dr Le Barillier, médecin de l'Hospice des Enfants-Trouvés, nous transmet le cas d'un choléra suivi de mort. La chaleur excessive que nous subissons rend bien compte de pareils événements. On observe presque tous les ans dans cette saison quelques cas de choléra sporadique. Heureusement, ils ont rarement une terminaison fatale.

« Bordeaux, 14 juillet 1859.

» Monsieur et très-honoré confrère,

» J'ai l'honneur de vous adresser la relation sommaire d'un cas de choléra algide qui vient d'emporter un des élèves de l'Hospice des Enfants :

» Le nommé X..., âgé de dix-huit ans, employé à la boulangerie, jouissait d'une bonne santé ; fatigué par son travail, il a bu hier une très-grande quantité d'eau froide à la fontaine de l'Hospice. Dans la nuit, sans qu'il soit bien facile de préciser l'heure (car l'interne n'a pas été prévenu), ce jeune homme fut pris subitement de vomissements et de diarrhée très-abondants. Il se recoucha ensuite dans son lit, placé dans le dortoir des garçons, et ce matin, à six heures, mon interne, prévenu, le trouva froid, cyanosé. Crampes, rétraction des membres inférieurs, les yeux profondément encavés, le faciès altéré, le pouls petit, filiforme. Les moyens les plus actifs pour déterminer une réaction furent employés par mon interne, M. Cuillé, mais sans succès. A mon arrivée à l'hôpital, à huit heures, ces accidents s'étaient encore aggravés ; le malade s'exprimait très-difficilement, la teinte cyanosée était plus prononcée, l'insensibilité des téguments très-manifeste, les mains et les pieds complétement froids ; les vomissements et les déjections alvines avaient cessé, le pouls était insensible ; douleur atroce à la région épigastrique, rétraction de l'abdomen, urines rares.

» L'acétate d'ammoniaque, les teintures excitantes, les fric-

tions aromatiques ont été employées sans succès, et le malade a succombé, sans présenter de réaction, vers onze heures du matin.

» Si vous jugez ce fait, encore isolé, digne de figurer dans votre journal, je vous laisse libre d'en tirer le parti que vous jugerez à propos.

» Daignez agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée,

» Dr Le Barillier. »

— Depuis plusieurs jours Bordeaux est sous l'influence d'une température excessivement élevée. Rarement, dans nos climats, voit-on le thermomètre monter jusqu'à 36, 37, et même 38° centigrades à l'ombre, et 45, 48° et peut-être davantage au soleil Aussi n'est-il pas étonnant que la population s'en trouve éprouvée d'une manière aussi fatale. Des cas nombreux de mort subite se sont montrés pendant ces derniers jours. Dix personnes au moins ont été portées mourantes à l'hôpital Saint-André, et les soins qu'on leur a donnés n'ont pu empêcher la catastrophe. Les ouvertures de la veine n'ont pas donné de sang.

Quelques autopsies ont montré de fortes congestions cérébrales.

Il ne faut pas croire, bien que quelques ouvriers soient morts sur le quai, sur le port ou sur les places, que ce soit l'action du soleil qui seule ait amené ce résultat : d'autres ouvriers sont morts dans les ateliers, un entr'autres, nous a-t-on dit, à la fabrique de salpêtre.

Mais l'influence de cette chaleur insolite s'est fait aussi sentir d'une manière moins grave sur un grand nombre d'individus, par des troubles sur les organes digestifs, des vomissements, des évacuations diarrhéiques. Ce sont surtout les enfants qui en ont été les plus fatigués, et plusieurs ont succombé au *choléra infantilis*.

Police médicale. — Visite annuelle des pharmacies, etc.

ARRÊTÉ.

Le Préfet de la Gironde, commandeur de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, etc., etc.,

Arrête :

Art. 1er. — Sont nommés membres de la commission d'inspection des pharmacies pour l'année 1859 :

MM. Levieux, docteur médecin, membre du Conseil d'hygiène de Bordeaux, *Président;*
Fauré, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène;
Barbet, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène.

Sont nommés membres adjoints de la même comission :

MM. Gintrac, docteur médecin, membre du Conseil d'hygiène;
Guimard, pharmacien, *idem.*

Art. 2. — La visite des pharmacies et magasins de droguistes commencera le 15 juillet prochain.

MM. les maires sont investis par cet arrêté de diverses fonctions; entre autres, ils feront ou devront faire, à cet effet, des visites aussi fréquentes qu'il sera nécessaire, chez les pharmaciens, les épiciers et les droguistes; ils examineront leurs registres et constateront les contraventions par des procès-verbaux qu'ils transmettront, sans retard, à l'autorité judiciaire.

Conformément aux art. 14 de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et 2 du décret du 8 juillet 1850, les maires seront assistés, pour les visites spéciales relatives aux substances vénéneuses, soit par un docteur en médecine, soit par un inspecteur de la pharmacie.

A la fin de chaque année, la commission d'inspection adressera à la Préfecture, en double expédition, un compte rendu général et complet de ses opérations.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Juin 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	15	22	17	757	756	S -O	Pluie.	Il a plu la nuit, pl. p. f.
2	16	23	17,5	756	756	S -E.	Beau.	Ciel nuag. belle soirée.
3	16	20	17	755	755	S- O.	Couv.	Assez forte pl. le mat.
4	15,5	22	16,5	755	755	S -O.	Couv.	Lég. pl. de temps en t.
5	16	24	18	759	762	Ouest	Beau.	Ciel nuag. t. bel. soirée
6	17	26,5	19,5	763	762	Nord.	Beau	Très-belle journée.
7	18	25,5	19,5	761	759	Ouest	Pluie	Orag. viol., pluie tor.
8	16,5	20	18	756	754	S -O.	Pluie.	Orag. et forte pl. prol.
9	18	22	19	755	755,5	S- O.	Couv.	
10	16,5	21,5	19	756	756	S -O.	Pluie.	Pl. la nuit, peu d. la j.
11	15	21	18	756	756	S- O.	Couv.	Pluie de temps en t.
12	15	23,5	19,5	758	762	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
13	16,5	26	21,5	762,5	762,5	Sud.	Beau.	Légère pl. d'or. le soir.
14	20	25,5	20	762	762	Sud.	Beau.	Ciel nuageux.
15	19	23,5	18,5	762,5	762,5	Ouest	Beau.	*Idem.*
16	16,5	22	18	763,5	765,5	N -O.	Beau.	*Idem.*
17	16	22	16	767	768	N- O.	Beau.	*Id.*, un peu de pl. le m.
18	14	18	16,5	768	767	N- O.	Pluie.	Pluie très-abond.
19	15	19	16,5	765	763	N- O.	Couv.	
20	16,5	20	18	762	761	Ouest	Pluie.	Forte pl. la nu't et la j.
21	15	22	17	763	764	Ouest	Couv.	Un peu de pluie.
22	16	22,5	18	764,5	764,5	Ouest	Couv.	Un peu de pluie.
23	18	23	18,5	766	767	N- O	Beau.	Ciel nuageux.
24	17,5	25	21	767	763	N- O.	Beau.	*Idem.*
25	21	31	28	761	760	S -E.	Beau.	Très-belle journée.
26	23	26	22	760	760	S -E.	Beau	Ciel n., pl. d'or. le s.
27	19,5	30	23	763	764	Sud.	Beau.	Ciel nuag. et orageux.
28	17	26	19	763	763	S- O.	Beau.	*Idem.*
29	16	25	19,5	764	764,5	Ouest	Couv.	
30	15	24,5	20	764,5	763	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.

Résumé des observations météorologiques de Juin 1859.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	23° le 27	31° le 25	23° les 25 et 27
Moindre............	14° le 18.	18° le 18.	16° le 17.
Moyen..	17° les 6 et 28.	20°,5 les 12 et 15.	19° les 9, 10, 28.

Chaleur du milieu du jour : 19 jours de 18° à 24° ; 11 jours de 24°5 à 31°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	768 mill. le 17.
Minimum............ ...	754 mill. le 6.
Medium....	761 mill. les 20 et 25.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Aucune remarquable.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord......... 1 fois.

nord-ouest..	6	»
ouest.... ...	9	»
sud-ouest....	8	»
sud..........	3	»
nord-est.....	»	»
sud-est.	3	»
est..........	»	»

VENTS DOMINANTS : Ouest et Sud-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 16.
couverts...... 8.
pluie.. .... 6.
orage......... 2.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de juin a été plus tempéré qu'il ne l'est ordinairement. Les vents qui ont presque constamment soufflé de la partie de l'ouest, ont contribué à tempérer singulièrement la chaleur et à entretenir dans l'atmosphère un état d'humidité presque constante. Non-seulement de très-abondantes pluies sont tombées à plusieurs reprises, mais encore de petites pluies très-fréquentes se sont montrées même au milieu de belles journées. Les variations barométriques ont été peu remarquables; cependant, il est bon d'observer que dans la première quinzaine les oscillations se sont opérées au dessous de la hauteur moyenne, tandis que dans la deuxième quinzaine elles ont eu lieu au-dessus de ce niveau.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU LIN COMMUN; DE SES PROPRIÉTÉS EN MÉDECINE.

Par M. CHABRELY, médecin à La Bastide.

Le lin, grand et beau type, fut rangé d'abord dans la classe des caryophyllées. Plus tard, Decandole l'en détacha et fit pour lui la très-petite famille des linées, qui n'a que deux genres, *linum* et *radiola*.

Le lin commun, *linum usitatissimum* [1], intéresse à juste titre la médecine. Et à ce point de vue, c'est surtout de la graine que je vais m'occuper.

La graine de lin, due au *linum usitatissimum*, a une grande importance. Son tégument renferme en forte proportion un mucilage usité dans un grand nombre de circonstances; son amande contient un cinquième de son poids, d'une huile grasse dont les usages médicamenteux sont très-importants.

Le mucilage est pour le cinquième de son poids dans la graine. Il est employé en gargarismes, en tisanes, collyres, injections, dans quelques phlegmasies des intestins, des bronches et des voies urinaires.

La composition de la graine de lin a été étudiée d'a-

[1] On a essayé naguère la culture du *linum perenne*, qui paraît avoir de l'avantage sous quelque rapport. Il réussit bien dans les terrains maigres et sablonneux. Le lin cathartique, qui vient spontanément dans notre département, porte dans toute la plante, mais surtout dans la graine, un principe purgatif qu'on a souvent employé lorsqu'on se trouvait éloigné des officines.

bord par Vauquelin, et plus récemment par Mayer de Köenisberg. Le premier y avait trouvé une substance gommeuse, une substance animale, de l'acide acétique libre, de l'acétate de potasse et de chaux, enfin une très-petite quantité de silice; le second a reconnu du mucus avec acide acétique libre, de l'acétate de chaux, des phosphates de magnésie et de chaux, du sulfate et de l'hydrochlorate de potasse, un extractif doux avec acide malique libre, du malate et du sulfate de potasse, de l'hydrochlorate de soude, de l'amidon, de la silice, de la cire, une résine molle, de la gomme, de l'albumine végétale, du gluten, de l'huile grasse, etc., etc.

L'huile de lin s'emploie dans l'industrie chirurgicale. Si l'on passe des couches successives de cette huile, en les laissant sécher, l'une après l'autre, sur un moule quelconque qu'on enlève ensuite, on obtient divers instruments usités en chirurgie, des sondes dites de *caoutchouc,* des bouts de sein, des pessaires, etc. — A l'intérieur, l'huile de lin ordinaire est laxative.

La farine de lin est depuis quelques années la seule substance dont on fait des cataplasmes émollients; on en abuse même.

Je reconnais avec tout le monde les avantages inappréciables qu'on retire du lin commun; j'admire dans les champs ses fleurs terminales, supportées par une tige élégante et flexible, balancées par le vent qui les fait ondoyer d'une gracieuse manière; j'admets que leurs corolles, qui réflètent l'azur du ciel, puissent, malgré leur caducité précoce, rivaliser avec les myosotis et les véroniques. Cependant, je ne viens pas faire le panégyrique de cette herbacée; je dirai, au contraire, les

dangers que l'emploi de sa graine en médecine peut avoir chez un petit nombre de personnes à idiosyncrasie spéciale. Son innocuité est pourtant proverbiale, et M. Ricord, à propos des statistiques médicales ridiculement interprétées, dit en plaisantant, « que l'antécédent le plus fréquent de l'épididymite serait la tisane de graine de lin. Je possède, ajoute-t-il, sur ce point des chiffres énormes!... »

Aux malades affectés d'orchite blénorrhagique, il ne manque jamais d'adresser cette question : *Mais vous avez pris de la graine de lin?* La réponse est invariablement affirmative.

Je viens, malgré tout, dénoncer *au jury médical* quelques méfaits d'un végétal réputé si inoffensif. Les moindres griefs proviennent de l'application inopportune de cataplasmes de farine de lin, si généralement employés sur la peau, enflammée ou non, dans toute son étendue, même au-devant des ganglions lymphatiques engorgés, sur des abcès froids, sur des tumeurs blanches, dans des entorses, dans l'érysipèle phlegmoneux, dans la gangrène imminente, dans une foule de dermatoses herpétiques, etc., etc.

Le reproche que j'adresse à la farine de lin est commun à tous les émollients dans les circonstances ci-dessus énoncées; mais ce qui lui appartient en propre, c'est l'éruption multiforme qu'elle provoque sur le cuticule; tantôt elle a l'aspect de l'érythème simple; une autre fois, de l'urticaire intense avec démangeaison inextinguible; ailleurs, ce sont des papules; ici, des furoncles, des pustules, des ecthymas simples. A la suite de l'application de sangsues, on met, de rigueur, un ca-

taplasme de farine de lin, qui occasionne un grand nombre de fois l'érysipèle avec suppuration des plaies faites par les annélides; on accuse, le plus souvent, celles-ci d'en être seules les auteurs; j'ose affirmer qu'elles en sont presque toujours innocentes, et que la pâte susdite doit en assumer toute la responsabilité.

Je suis sûr qu'il existe dans la graine de lin un principe souvent nuisible; mais je ne saurais dire quel il est[1]. L'huile de lin est tout à fait exempte de reproche; les personnes les plus affectées par la farine ou le décocté de graine de lin, soit en lavement, soit en tisane, peuvent impunément la prendre dans des lochs ou comme assaisonnement culinaire; ces mêmes personnes peuvent aussi enduire leurs planchers avec cette huile, manier le marc ou tourteau, résidu de la graine exprimée, sans le moindre inconvénient. Mais chaque fois que les éléments complets de cette semence sont réunis, quand ils sont surtout cuits ou tout au moins étendus d'eau bouillante, alors les accidents, que je vais signaler bientôt, se manifestent avec une extrême rapidité.

Qu'on ne dise pas que la farine de lin qui occasionne des accidents était altérée ou falsifiée, puisque l'eau de la semence fraîche a pu les faire éclater à un degré d'intensité bien plus considérable encore.

On falsifie quelquefois la farine de lin avec de la mouture de houque à balais, *holcus sorghum,* que les

[1] Il en est de même de la graine de ricin; l'huile est un purgatif doux, émollient, mais la semence fraîche, avalée après un peu de trituration dentaire, est un poison dangereux. Je publiai, le 4 janvier 1834, trois cas d'intoxication par suite d'ingurgitation de quatre ou cinq semences de ricin, prises sur le végétal en pleine terre. (Voyez le *Bulletin médical de Bordeaux.)*



paysans de notre département appellent *milloque*. Les semences de cette graminée servent à engraisser la volaille; elles ne sont en aucune manière capables d'ajouter à la farine de lin quelque élément pernicieux. Il faut donc admettre, de toute nécessité, que le fruit du *linum usitatissimum* porte en soi un principe qui a agi à la manière d'un poison dans les cas que je vais transcrire; poison qui se comporte comme les miasmes, puisqu'il suffit de les respirer dans l'atmosphère d'une chambre où on aura délayé de la farine de lin. On le voit alors manifester ses effets chez les personnes dont l'affinité étiologique pour cet agent est exagérée.

I[re] Obs. — Dans le courant du mois d'avril 1858, le nommé Faure, âgé de soixante-six ans, fort et vigoureux, paysan sur la propriété de M. B..., à La Bastide, eut une pneumonie des plus intenses. Après d'amples saignées, il fallut recourir à de larges vésicatoires, qui suppurèrent beaucoup. Au onzième jour, le malade entrait en convalescence, mais les plaies des exutoires cruraux lui causaient des douleurs intolérables; oubliant que la farine de lin lui était antipathique, il y appliqua des cataplasmes de cette même farine. Il s'était écoulé à peine cinq minutes, qu'une suffocation avec menace d'asphyxie vint l'assaillir, lui étreindre la poitrine. La face est vultueuse, violacée; la respiration est haletante, sifflante. Le malade ressent une angoise inexprimable, qu'on ne peut comparer qu'à celle qu'éprouvent les individus pris d'œdème de la glotte; en même temps, sur toute l'étendue de la peau, des pieds à la tête, un érythème papuleux, presque confluent, fait éruption. J'enlève immédiatement les cataplasmes de

farine de lin, je lotionne les plaies et leurs entours avec de l'eau tiède, donne une potion antispasmodique et calmante.

Sublata causa tellitur effectus, Faure revient bientôt à la vie, qu'il était sur le point de perdre, et si j'eusse ignoré la cause de cette réaction excessive de la nature contre un agent toxique, c'en était fait de ce malade.

IIe Obs. — M. Granval, épicier, âgé de quarante ans, robuste, un peu obèse, bien qu'il ait passé plusieurs années de sa vie à la Rousselle dans une droguerie, ne peut se servir de cataplasmes de farine de lin, pas même manipuler cette farine à sec, sans être pris subitement de quelque chose qui frise l'angine de poitrine, et sans être couvert sur tout le cuticule d'un érythème papuleux qui s'accompagne d'un prurit insupportable. Il manie impunément le tourteau, résidu de la graine de lin, après expression de l'huile; il peut, sans en ressentir la moindre incommodité, toucher, sentir, goûter l'huile de lin pure; mais la farine qui réunit ces deux éléments lui est on ne peut plus nuisible. On dit que l'habitude émousse les sensations; c'est l'inverse chez lui. Dans le commencement qu'il touchait la farine de lin, il n'en était presque pas incommodé; mais *gradatim* il est arrivé au point de ne pouvoir en aspirer l'odeur sans être pris d'accès de suffocation.

IIIe Obs. — La femme Favorie, âgée de soixante-deux ans, demeurant à La Bastide, est sujette à une bronchite capillaire intense qui a beaucoup de rapport avec l'asthme essentiel; durant les accès, elle crache du sang. Chaque fois qu'elle applique un cataplasme de farine de lin sur une surface quelconque de son corps,

il y suscite aussitôt un érythème urticaire, qui dépasse de beaucoup le lieu recouvert par la pâte, puisqu'il devient quelquefois général, et la respiration est aussi un peu gênée.

Si cette même femme s'applique des sinapismes, elle ressent aux deux yeux une très-vive cuisson avec épiphora, éternuement, toux, suffocation, puis une attaque d'asthme aussi intense, aussi longue que celle qui est le résultat d'infractions aux lois de l'hygiène. Cet état réclame les antimoniaux, rarement la saignée. Ici, la farine de moutarde se montre plus nuisible que celle de lin, mais c'est une exception.

Le cataplasme de farine de lin dans les inflammations est avantageusement remplacé par celui de riz cuit à l'eau. Ce dernier l'emporte de beaucoup sur l'autre. M. le professeur Chaumet, à l'hôpital de Bordeaux, l'a adopté depuis longtemps et s'en trouve très-bien. Le riz est antiphlogistique; il n'agit pas du tout comme les émollients; il resserre les tissus avec lesquels il est en contact, il les décolore, il abaisse leur température, pourvu néanmoins qu'on ait l'attention de les appliquer froids et de les renouveler souvent; car aussitôt qu'ils subissent la fermentation acide, ils changent de propriété, sont durs et irritants.

IVe Obs.—Mme C... (F.D.) est d'un tempérament très-nerveux; une émotion gaie lui donne des accès de fou-rire qui se terminent toujours par un spasme clonique; une impression triste, pénible; le son d'un instrument sur un ton mineur que fait soupirer un virtuose, amènent chez elle une quinte de sanglots, de larmes et de cris aigus, qui, après une espèce de point d'orgue, finit par une attaque de nerfs.

Cette dame a les organes de la respiration très-irritables; elle tousse parfois comme si elle était atteinte de coqueluche; elle pantèle souvent comme si une angine de poitrine la suffoquait. La muqueuse gastro-intestinale est aussi très-susceptible; les digestions sont parfois très-laborieuses; elles sont troublées souvent par du méricisme, et tout aliment antipathique, bien que mélangé à plusieurs autres, franchit le cardia, remonte dans l'œsophage, l'isthme du gosier, et est rejeté au dehors. M[me] C... a souvent des diarrhées intenses; la peau moins irritable que la membrane muqueuse. Cette dame ne saurait toucher la farine de lin toute sèche, et à plus forte raison l'*odorer,* sans éprouver immédiatement une attaque d'asthme et un érythème papuleux confluent sur toute la surface du tégument externe. C'est bien autre chose si elle fait un cataplasme, si elle mêle de l'eau à la farine de lin, en l'agitant pour la mettre en pâte; alors, prompt comme l'éclair, un picotement intense à la membrane pituitaire provoque l'éternuement, à la manière de celui qui s'obtient par la poudre de Saint-Ange; la muqueuse oculaire rougit, les larmes coulent en abondance, une démangeaison aux paupières la contraint de se gratter; ces voiles mobiles deviennent gonflés, douloureux, s'accolent l'un à l'autre; dans quelques secondes, toute la peau du corps est rouge comme de l'écarlate; il y a cuisson et démangeaison insupportables; les muqueuses oculaire et nasale ne sont pas seules à s'irriter : celles de l'arrière-gorge, du larynx, des bronches, sont à l'unisson; une toux saccadée, avec reprises réitérées, vient mettre hors d'haleine cette pauvre dame. L'estomac, l'intestin tout entier, éprouvent le même choc; il y a colique, ténes-

mes, dysenterie. La muqueuse génito-urinaire a son érythème aussi : l'urine coule difficilement, provoque à sa sortie de la cuisson, des démangeaisons à la vulve. J'ai vu ce supplice se prolonger une heure. Le grand air est le seul remède efficace.

Un jour, Mme C..., qui était constipée, eut l'idée d'ajouter à l'eau tiède de son lavement une cuillerée en plus de *decoctum* de graine de lin; tous les accidents précités, à un degré extrême, eurent lieu sur les deux téguments, qu'ils envahirent en quelques secondes : elle se crut morte, et je partageai ses craintes. Jamais angine de poitrine n'avait été poussée plus loin : l'asphyxie semblait inévitable; la dysenterie avec mucus sanguinolent la contraignait de rester sur son vase; jamais l'érythème général ne s'était montré aussi intense, jamais il n'avait provoqué pareille démangeaison. L'exposition en plein air finit par amener peu à peu le calme, après une si furieuse tempête.

Comment expliquer des effets si extraordinaires, si toxiques, de la part d'un végétal d'une réputation de bénignité si bien établie? Invoquerai-je l'idiosyncrasie?

Amatus Lusitanus éprouvait des anxiétés, des vomissements, des diarrhées, toutes les fois qu'on mêlait, même à son insu, de la viande à ses aliments. J'ai vu une dame Dinguirard qui éprouvait des symptômes d'empoisonnement toutes les fois qu'elle ingérait dans son estomac quelque aliment où entraient, aussi à son insu, des parcelles de foie de volatiles ou de quadrupèdes. Le Dr Warner fait mention d'une personne que faisait vomir la moindre dose de manne. Tissot, Bayle, Roose, accusent

l'eau de fleur d'oranger du même inconvénient, chez des personnes à estomac délicat, susceptible; j'ai rencontré moi-même plusieurs individus qui en étaient incommodés de la même manière. Whyt cite une femme qui tombait en syncope lorsqu'elle avalait un peu de noix muscade, ou même quand on en mettait quelques parcelles sur sa peau. Le célèbre De Haën ne pouvait manger quelques fraises sans être bientôt pris de convulsions. Roose a connu une dame chez laquelle ces fruits donnaient une éruption ortiée. Une de mes clientes, Mlle Dufaure, ne peut ingérer la moindre dose d'opium, de belladone, de stramoine, de cigüe, sans avoir un érythème général des téguments externe et interne. Ces mêmes médicaments, appliqués en contact immédiat sur la peau, amènent le même résultat. Tous les praticiens savent que la belladone a le privilége, lorsqu'on en avale de légères doses pendant plusieurs jours de suite, de donner à la peau une éruption analogue à la scarlatine. Des médecins allemands et italiens la conseillent aux enfants qui n'ont pas eu cette dermatose, et affirment pouvoir les en préserver par l'emploi de l'*atropa*. Le baume de copahu, peut-être le poivre de cubèbe, donnent aussi une éruption particulière qui ressemble fort à la rougeole. Certains coquillages, la moule entre autres, occasionnent l'urticaire à ceux qui les mangent dans des conditions particulières, ce qui peut autant dépendre du bivalve que de la *gastricité*. Bayle et Dejan citent des femmes chez lesquelles le miel, pris à l'intérieur ou appliqué sur la peau, agissait comme une substance vénéneuse. Les écrevisses, les œufs de certains poissons, ingérés dans l'estomac *pré-*

disposé, donnent l'érysipèle ou des éruptions cutanées de diverses natures.

Je ne crois pas devoir cependant invoquer l'idiosyncrasie seule pour expliquer l'effet toxique de la graine de lin, parce que les observations d'accidents externes et internes qu'elle provoque sont trop nombreux pour les imputer d'une manière absolue au tempérament particulier de l'individu qui en est atteint.

Puisque l'idiosyncrasie de tel ou tel individu ne me satisfait pas pour expliquer chez eux les effets énergiques de la graine de lin, appliquons-lui la loi commune aux autres agents pharmaceutiques mis en contact avec la fibre animale. Ne trouvant rien de satisfaisant dans l'école physiologique et organique française, encore moins chez les homœopathes, je vais être obligé d'emprunter à l'école dichotomique italienne, qui a pour fondateur Rasori, le *modus agendi* des médicaments sur les tissus d'abord, et le dynamisme ensuite. Giacomini va me fournir ces précieux documents.

« La véritable action pharmaceutique d'un remède,
» d'une substance, ne s'obtient que lorsqu'elle entre
» dans le travail d'assimilation organique. Cette action
» doit être distinguée des autres qu'elle peut exercer en
» vertu de ses propriétés mécaniques, physiques et chi-
» miques.

» L'action pharmaceutique de chaque remède est
» *une,* toujours la même, quelque différents que ses
» effets paraissent être en apparence dans les divers cas
» où on l'applique.

» Cette action est non-seulement constante, mais en-
» core primitive, intrinsèque à la substance; elle doit

» être distinguée des modifications qu'elle peut subir » par des circonstances étrangères aux médicaments » et propres à l'individu, modifications qu'elle peut » éprouver au moment de son application, et qui don- » nent lieu à des effets secondaires véritables.

» Les remèdes doivent être classés selon leur action » intrinsèque et primitive. Les effets secondaires doi- » vent être indiqués, dans les cas spéciaux, conjointe- » ment aux circonstances qui les occasionnent.

» Toute substance appliquée sur la fibre vivante pro- » duit d'abord une impression, un trouble, par son » poids, son volume, sa forme, ses affinités; en un mot, » par ses qualités *mécaniques, physiques* et *chimiques*.

» Cette impression est proportionnée à ces mêmes » qualités et mesurée par leurs degrés. Elle est très- » légère, presque insensible, dans les substances qui, » par leur forme, leur nature et leur composition » chimique, sont peu étrangères à la fibre animale; » forte, au contraire, pertubatrice, destructive, si la » substance a une forme anguleuse, si elle est naturel- » lement insoluble, de nature hétérogène à la fibre, si » elle est douée d'une action chimique très-puissante. » Cette impression s'exerce indifféremment sur des par- » ties vivantes et sur des parties mortes, sur les orga- » niques et les inorganiques.

» En prenant pour exemple de l'action légère, l'eau; » de l'action forte, les acides concentrés, on pourra se » convaincre que les parties vivantes en contact avec » l'eau à son action physico-chimique, n'offriront pres- » que aucnu phénomène saillant. Les parties mortes, » au contraire, tant animales que végétales, éprouvent

» par l'action physico-chimique de l'eau, des change-
» ments très-remarquables, tels que la macération et
» la putréfaction. Beaucoup de substances inorganiques,
» soumises à la même action, se dissolvent, changent
» de forme et quelquefois aussi de nature. Il en est de
» même de l'action physico-chimique d'un acide con-
» centré sur le derme vivant; il se borne à l'épiderme,
» qui est inorganique, ou à la surface externe du derme,
» et y produit la vésication ou l'inflammation. Sur la
» peau morte, au contraire, son action s'étend profon-
» dément, la cuit, la ratatine, la durcit, la décompose;
» dans les substances fossiles, la même action va plus
» profondément encore, elle les détruit.

» En réfléchissant à ces effets physico-chimiques, on
» voit que dans les corps vivants ces mêmes effets
» disparaissent quand la substance entre dans l'assi-
» milation organique; alors cette substance perd ses
» propriétés *physico-chimiques* et en acquiert de tota-
» lement différentes; ces dernières, nous les appelons
» *dynamiques*. Les premières n'étendent pas leur action
» au-delà du temps que la substance exige pour être
» assimilée; les dernières, au contraire, répandent leurs
» effets sur toute la constitution et durent plus ou moins
» longtemps. »

J'espère qu'on me pardonnera la longueur du passage cité; je n'ai pu résister au plaisir de le transcrire en entier. Les vérités qu'il renferme ont fait faire un pas immense à la matière médicale, si délaissée, si méprisée naguère, alors qu'on se contentait, pour la cure de toutes les maladies, de l'eau de gomme et des sangsues. Cette étude a porté un rude coup au *cadavérisme*. En

effet, tel impondérable, tel poison, n'a aucune action mécanique appréciable sur le tissu vivant où il a été déposé; il n'y a de manifeste que l'action dynamique de ces agents, qui frappent et tuent à la manière de la foudre; tel corps désigné sous le nom de *poison caustique,* par exemple l'arsenic ne tue pas par son action mécanique ou chimique, mais si fait bien par son action dynamique. Aussi, lorsque ce poison est assimilé, lorsqu'il circule avec le sang, on doit oublier l'effet local pour ne s'occuper que de l'action dynamique; alors, au lieu d'amoindrir la vie, près de s'éteindre, avec des antiphlogistiques, faut-il, comme les médecins italiens, donner à pleines mains les toniques, les excitants diffusibles.

D'après les observations dont j'ai tracé l'historique, je suis en droit de conclure que l'action mécanique ou locale de la graine de lin est beaucoup moins marquée que l'action dynamique.

Il existe, d'après M. Blaud, des lois étiologiques; entre autres, il admet « qu'un agent externe quelconque » n'est morbifique qu'autant qu'il existe entre lui et no- » tre organisation des *rapports* ou des *affinités étiolo-* » *giques*. »

L'agent externe, d'un autre côté, peut affecter tout ou partie de l'économie, les liquides ou les solides.

Cet agent peut être physique ou chimique; il peut s'appeler *virus* et agir à de très-petites doses, en vertu d'une véritable propriété germinative; *poison,* et alors il agit en raison directe de sa qualité et de sa quantité.

On doit considérer aussi la nature du malade, sa constitution, son tempérament, son idiosyncrasie, tout ce qui se rapporte à ses facultés vitales et à toutes les

conditions ou circonstances qui les favorisent ou qui les contrarient. (Extrait de l'ouvrage intitulé : *De la science médicale,* d'Aubert.)

On peut tenir compte, à bon droit, des connivences organiques qui résultent des relations de continuité, de contiguité et de vascularité. Une altération née dans un point de la peau, peut se communiquer à d'autres plus ou moins éloignés; il y a concert entre ces diverses parties. Les membranes muqueuses transmettent d'un endroit à un autre les impressions qu'elles reçoivent, et souvent à une très-grande distance.

Je me résume. Je ne puis dire quel est le principe de la graine de lin qui fait éclore sur les téguments externe et interne de quelques individus prédisposés les exanthèmes que j'ai signalés. Il échappe à l'analyse chimique, parce qu'il est impondérable comme un miasme, et qu'il suffit d'en aspirer l'arome pour lui faire produire les effets que j'ai signalés. Quel qu'il soit, il agit localement d'abord, et retentit au loin peu après. Est-il absorbé sur place, assimilé, porté dans le torrent circulatoire, pour que les phénomènes généraux puissent se montrer? Je ne le crois pas. Les accidents sont trop instantanés pour que je veuille les comparer à la cause virulente qui engendre la rougeole et la scarlatine, affections qui ont une période d'incubation de plusieurs jours.

Il faut, de rigueur, pour expliquer raisonnablement sa prompte *diffusion,* invoquer la *sympathie de contiguité;* il n'agit que sur la peau et les muqueuses, ces deux téguments qui n'en font qu'un au dire des physiologistes, et sur les nerfs des deux vies qui s'y rendent,

---

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ROUSSET.

Prolapsus du cordon ombilical; mort du fœtus par asphyxie.

Observation recueillie par M. CHATARD, interne, aide de clinique interne.

Descazale (Marie), âgée de vingt-neuf ans, née dans le département de Lot-et-Garonne, domestique, entre à l'hôpital, salle de la clinique obstétricale, le 25 juillet 1859, à sept heures du soir, ressentant les premières douleurs de l'enfantement.

D'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, d'une stature élevée, cette femme, qui n'offre rien de vicieux dans la conformation du bassin, avait donné le jour, il y a huit ans, à un enfant du sexe féminin, né à terme et viable. Elle est réglée depuis l'âge de quatorze ou quinze ans; le sang des règles, rouge et vermeil, coule abondamment pendant cinq jours.

Les règles sont venues pour la dernière fois en octobre 1858.

Les premiers mois de la grossesse se passèrent sans accidents et sans douleurs pour la malade; mais depuis le mois de mai, elle ressentait une grande pesanteur au siége, de la douleur à l'hypogastre et aux lombes; en outre, elle éprouvait une grande difficulté pour uriner, en même temps qu'elle avait des pertes blanches abondantes.

Dès le sixième mois de la gestation, elle avait senti son enfant s'agiter et se mouvoir vivement; ces mou-

vements, elle les avait perçus le matin même de son entrée à la clinique.

A son arrivée, on constate les symptômes suivants : douleurs légères, préparantes, ainsi que les appellent les accoucheurs; l'utérus, porté à droite et remontant jusqu'à l'épigastre, commence à se redresser par son extrémité et à se porter vers la ligne médiane. On le délimite très-bien, et son volume ne paraît pas plus considérable que dans la généralité des cas. Les battements du cœur du fœtus s'entendent à gauche et en bas. Le toucher vaginal permet de reconnaître que le col, très-ramolli, est déjà entr'ouvert de la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Dans le fond, le doigt rencontre une tumeur fluctuante, conique : c'est la poche des eaux. En la déprimant fortement, mais avec précaution, pour ne pas la rompre, on arrive sur une surface dure, arrondie, volumineuse, qu'on reconnaît être la tête du fœtus.

Un quart d'heure plus tard, les douleurs étant plus rapprochées, plus longues et plus intenses, on pratiqua le toucher pour la deuxième fois; la dilatation était de la largeur d'une pièce de un franc, et les membranes amniotiques étaient encore intactes.

Marie Descazale se tenait étendue sur le lit de misère, lorsque tout à coup, au milieu d'une forte douleur, elle se sentit mouillée par un flot de liquide. On la découvrit alors pour savoir où en était le travail. En ce moment, l'on vit le cordon ombilical qui faisait saillie hors de la vulve; les deux branches de l'anse prolabée se trouvaient placées entre la symphise pubienne et l'occiput. Elles étaient accolées l'une à l'autre, et à

chaque contraction utérine, la tête du fœtus venait les comprimer avec force. Les douleurs étaient alors extrêmement vives et très-rapprochées, et le col était tout à fait effacé, car la tête venait de parcourir l'excavation et reposait maintenant sur le plancher du bassin.

Le pronostic était grave; il fallait se hâter d'agir. Dans l'intervalle de deux douleurs, on saisit le cordon : les artères ombilicales battaient encore; l'enfant était donc toujours vivant. Mais que faire pour le soustraire à l'asphyxie qui le menace? La tête repose déjà sur le périnée, par conséquent il ne faut plus songer à pratiquer la réduction du cordon; il faut se borner à le faire rentrer dans le vagin, pour le soustraire au contact de l'air. D'un autre côté, les douleurs expultrices se succèdent avec tant de rapidité, le périnée est tellement distendu, la vulve déjà si largement entr'ouverte, en un mot le travail est si avancé, qu'on renonce à faire une application de forceps. La tête serait sortie avant qu'on eût appliqué convenablement les cuillers et articulé les branches. Six ou huit minutes plus tard, en effet, pendant lesquelles il y avait eu deux violentes contractions, la tête était expulsée hors de la vulve, et quelques instants après, grâce à des tractions sagement dirigées, tout le corps du fœtus était libre. Mais il avait cessé de vivre; la face était violacée et turgide; le cœur avait complétement cessé de battre, et quand on coupa le cordon, les vaisseaux fournirent un sang noirâtre, non hématosé, qui s'écoulait en bavant à la surface de la plaie.

L'enfant était bien conformé; il était du sexe masculin et pesait 3,000 grammes. Il mesurait 0m54 de la tête aux pieds, et 0m29 de la tête à l'ombilic.

La délivrance s'opéra facilement, et le placenta, inséré sur le fond de l'utérus, présentait la disposition dite *en raquette* par les auteurs d'obstétrique. Il pesait 600 grammes, et ses diamètres mesuraient $0^{m}19$ et $0^{m}16$. Le cordon ombilical avait $0^{m}75$ de long.

Voilà le fait. Examinons actuellement comment la compression du cordon a pu produire la mort du fœtus, et par quel mécanisme ce même cordon, abandonnant la cavité utérine, est venu faire saillie à la vulve.

M. Velpeau, dans son Traité des accouchements, dit que dans les cas de chute du cordon, la mort du fœtus n'est pas due ordinairement à la compression que subit cet organe, mais bien à ce que le sang, refroidi par la température extérieure, perd de sa fluidité, se coagule même, et s'oppose alors complétement à la circulation. Telle n'est pas l'opinion de Baudelocque. Pour cet auteur, en effet, la compression seule agit en interrompant le cours du sang. Maintenant, le fœtus succombe-t-il à l'apoplexie par l'excès du sang, qui, continuant à arriver par la veine, ne peut plus retourner au placenta par les artères ombilicales comprimées; ou à l'anémie, parce que la veine étant comprimée, les artères ombilicales portent continuellement du fœtus au placenta? Il serait difficile de déterminer à laquelle de ces causes est due la mort du fœtus. Cependant, si nous considérons cette teinte violacée, cet aspect cyanosé de la face, nous admettrons plutôt que l'enfant a péri par asphyxie. Le placenta est pour le fœtus le seul organe d'hématose, jusqu'au moment où s'établit la respiration pulmonaire. Si donc le sang du fœtus, devenu impropre à la vie, ne peut plus, traversant le cordon, arriver jus-

qu'au placenta pour se mettre en contat médiat avec le sang maternel et lui prendre l'oxigène dont il a besoin, nécessairement l'enfant succombera par asphyxie.

Les causes de la chute du cordon ont été divisées, comme toujours, en causes prédisposantes et causes déterminantes. Au nombre des premières, on a placé la longueur du cordon ombilical. Or, le cordon mesure, en moyenne, de 0m55 à 0m60; aussi, toutes les fois qu'il aura des dimensions plus considérables, il sera exposé à tomber de la cavité utérine dans la cavité vaginale. Cette cause existait donc dans le cas qui nous occupe, puisque, ainsi que je l'ai déjà dit, le cordon avait 0m75. On a signalé aussi la quantité trop considérable du liquide amniotique, les vices de conformation du bassin, l'obliquité de la matrice et les positions vicieuses du fœtus, qui s'opposent à ce que la partie qui se présente la première puisse s'engager facilement dans le détroit supérieur et l'excavation. Ainsi, pour nous, seconde cause prédisposante : obliquité de la matrice, qui était inclinée à droite.

Les causes déterminantes observées par les auteurs sont les suivantes : la dilatation rapide du col, la rupture subite des membranes, et la sortie brusque d'une quantité plus ou moins considérable de liquide qui entraîne le plus souvent avec lui une anse du cordon. Or, ces causes, nous les avons toutes observées, et c'est même parce que la dilatation du col et de la vulve fut si rapide, et l'expulsion du fœtus si prompte, qu'on ne jugea pas à propos de faire une application de forceps, ainsi que je l'ai dit.

Nous pouvons donc ainsi résumer les causes de la

chute du cordon qui fait le sujet de cette observation, intéressante seulement au point de vue de la rareté du fait : la longueur exagérée du cordon ombilical, l'obliquité de la matrice, la disparition prompte de l'orifice utérin, la rupture subite des membranes et la sortie brusque du liquide amniotique.

CLINIQUE INTERNE DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ.

SERVICE DE M. H. GINTRAC.

PARALYSIE IDIOPATHIQUE.

Observation recueillie par M DEMPTOS, interne et aide de clinique.

L'existence des paralysies essentielles est encore aujourd'hui un sujet de controverse pour l'École organicienne exclusive. Toute paralysie est la conséquence d'une altération plus ou moins grave du système nerveux cérébro-rachidien. Cependant, des faits nombreux attestent que cet état morbide ne se rattache pas nécessairement à une lésion organique. Morgagni cite dans ses lettres un certain nombre de paralysies essentielles. Cullen distingue les paralysies en idiopathique et symptomatique, nerveuse et rhumatismale. M. Piorry a appelé l'attention des médecins sur une variété qu'il appelle *hystérique*. Chomel, MM. Trousseau et Vigla, ont signalé l'existence de paralysies indépendantes de la myélite. Le Dr Graves, dans ses leçons sur le système nerveux, rapporte plusieurs exemples de paralysie idiopa-

thique. Certainement cette forme est difficile à reconnaître, et ce n'est qu'après avoir étudié avec soin chacun des traits de sa physionomie, son début, sa marche, son mode de terminaison, la nature de la cause, l'état général du sujet, qu'on arrive à un diagnostic précis. — Quoi qu'il en soit, l'essentialité de ces paralysies ne peut pas être méconnue, et le fait que je vais citer me paraît devoir être rangé dans cette catégorie.

Bordes Jean, âgé de trente-cinq ans, terrassier, bien constitué, d'un tempérament sanguin, a une physionomie très-intelligente, un regard d'une extrême vivacité.

Au mois de juin 1844, il eut une attaque caractérisée par des convulsions des membres, qui fut suivie d'une grande prostration et d'une céphalalgie intense passagère. En 1849, il survint une nouvelle attaque; mais celle-ci entraîna une paralysie, de la sensibilité et de la motilité dans le côté gauche du cou, dans l'épaule et le bras correspondants. Douze sangsues à l'anus suffirent pour triompher de cet état morbide.

Pendant les années 1851, 1854 et 1858, toujours dans le mois de juin, les mêmes symptômes se manifestèrent de nouveau, mais ils offrirent moins d'intensité et ne produisirent aucune paralysie.

Le 5 juillet 1859, Bordes travaillait en plein air, quand tout à coup l'outil qu'il tenait dans la main gauche lui échappa. Il lui fut impossible de le ressaisir; le bras ne pouvait faire le plus petit mouvement; les doigts n'exécutaient qu'imparfaitement la flexion et l'extension; en portant la main droite sur l'épaule gauche, le malade reconnut que la sensibilité y était abolie; il n'avait éprouvé ni céphalalgie, ni douleur le long

du rachis, ni perte de connaissance. A peine rentré chez lui, il ressentit à la gorge une violente constriction; il lui fut impossible d'articuler un seul mot; sa langue était paralysée. Une application de douze sangsues à l'anus n'amena aucune amélioration.

Le lendemain, 6 juillet, B. est admis à l'hôpital Saint-André. Il n'a point de céphalalgie. Son intelligence est très-nette; par signes, il se fait très-bien comprendre. Ses yeux sont d'une grande mobilité et très-expressifs; ils ne sont pas injectés; les pupilles se contractent parfaitement. Les traits de la face ne sont point déviés, mais la langue ne peut être tirée au dehors; elle n'exécute que de très-petits mouvements d'élévation; la prononciation est impossible, la déglutition est naturelle. Les doigts de la main gauche restent constamment fléchis; ils offrent un peu de résistance quand on les ramène dans l'extension. Les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras gauche, de flexion de l'avant-bras sur le bras, sont difficiles. Le bras est rapproché du tronc; il n'exécute aucun mouvement. Il existe une insensibilité complète dans toute la longueur de ce membre, au niveau de l'épaule et dans tout l'espace compris par une ligne qui, partant du creux axillaire, se rend au mamelon gauche, de ce mamelon à la symphise du menton, de ce dernier point à l'apophyse mastoïde, en suivant le bord inférieur du maxillaire, pour de là rejoindre le creux axillaire, en longeant le bord supérieur du muscle trapèze. Les organes digestifs, respiratoires et circulatoires jouissent d'une intégrité parfaite. Le pouls est calme. (Saignée du bras de 300 grammes; le sang fournit un caillot mou non couenneux.)

8. Le malade prononce quelques monosyllabes; la langue fait des mouvements plus étendus, mais ne peut dépasser les arcades dentaires. L'insensibilité est la même; la motilité paraît revenir au bras, qui s'écarte légèrement du tronc. (Infusion de valériane, 100,00.)

9. Les mouvements du bras sont plus considérables; les doigts ne sont plus condamnés à la flexion, ils serrent avec assez de force; la langue est toujours immobile, la parole est moins gênée. (Même traitement.)

10. La parole est parfaitement libre; ce n'est qu'à de rares intervalles qu'il existe de l'embarras dans les mouvements de la langue; la sensibilité est complétement revenue dans la plupart des régions qui en avaient été dépourvues : elle est encore obtuse dans l'espace triangulaire compris entre le bord supérieur du trapèze, la clavicule et le muscle sterno-cléido-mastoïdien; le bras a repris sa motilité presque normale; l'état général est toujours satisfaisant. (Eau de sedlitz.)

12. Encore un peu de gêne dans l'accomplissement des fonctions de la langue, et d'insensibilité dans le creux sus-claviculaire. (Infusion de valériane.)

14. La sensibilité est entièrement revenue partout; les mouvements du bras s'exécutent avec facilité et régularité; la main gauche a repris toute sa vigueur.

Le malade reste encore dans le service jusqu'au 21 juillet; il prend chaque jour 15 grammes de poudre de valériane. Lors de sa sortie, son intelligence est très-nette; il parle très-facilement. Toute trace de paralysie du mouvement et du sentiment a disparu.

Certainement, il est difficile de ne pas reconnaître

dans ce fait un cas de paralysie idiopathique. Les symptômes sont assez caractéristiques, surtout par l'absence de ceux qui annonceraient une paralysie symptômatique. Le traitement et le succès obtenu militent encore en faveur de cette opinion.

PHARMACOLOGIE.

Nouvelle note sur un aréomètre indiquant la densité réelle des liquides, et en même temps le volume du kilogramme.

Par le Dr JEANNEL, professeur à l'École de médecine de Bordeaux;
Pharmacien principal des hôpitaux militaires.

En mesurant la hauteur à laquelle se soutient un liquide donné, en présence d'une colonne d'eau distillée à laquelle il fait équilibre, on peut aisément trouver la densité réelle de ce même liquide, car la hauteur des colonnes liquides dans les vases communicants est en raison inverse des densités.

Dans le numéro de janvier 1859 du *Journal de Médecine de Bordeaux,* j'ai donné la description et la figure d'un instrument qui permet d'utiliser pour la détermination usuelle des densités des liquides, ces principes de physique mathématiquement exacts, et que les difficultés de construction ou de maniement ont empêché d'appliquer jusqu'à présent.

Je donne aujourd'hui une échelle perfectionnée pour ce nouvel aréomètre.

Cette échelle, imprimée très-soigneusement par

M. Gounouilhou, avec des dimensions rigoureusement calculées, est destinée à être collée sur le gros tube, dont l'orifice supérieur reçoit le liquide mis en expérience. Le chiffre 1,000 de la double échelle des densités et des volumes représente 1,000 grammes ou 1,000 centimètres cubes : ce sont les unités de poids spécifique et de volume auxquelles on compare les différents liquides.

J'ai pensé que cette échelle, donnant le rapport de la densité en grammes, au volume en centimètres cubes, pourrait être utile même séparée de l'instrument pour lequel elle a été construite. Elle indique le rapport du volume pour toutes les densités comprises entre 2,000 et 0,729. On y voit, par exemple, que le kilogramme d'alcool absolu a pour volume 1,256 centimètres cubes, et que le litre de ce même liquide a pour densité 0,795.

De plus, on y trouve, d'après les tables déjà publiées, la concordance des deux alcoomètres de Guy-Lussac et de Cartier; et, en outre, j'y ai joint deux échelles que j'ai obtenues par expérience directe, et qui montrent la densité, le volume et la richesse pour 100 parties d'eau, des solutions de sucre et des solutions de sel marin. Ainsi, on y voit d'un coup d'œil qu'une solution contenant 36 de sel marin pour 100 d'eau, a pour densité 1,212, et que le kilogramme de cette solution a pour volume 825 centimètres cubes; qu'une solution contenant 200 de sucre pour 100 d'eau, a pour densité 1,316, et que le kilogramme de cette solution a pour volume 759 centimètres cubes, et ainsi de suite pour toutes les richesses des diverses solutions de sel marin ou de sucre. — Les pharmaciens et les chimistes jugeront de l'utilité de ces indications ainsi réunies.

ARÉOMÈTRE

UNIVERSEL

DE

J. JEANNEL.

CONCORDANCE de l'alcoomètre centésimal.	DENSITÉS l'eau pesant 1,000 ou poids du litre.	VOLUMES CORRESPONDANTS en centimètres cubes ou volume du kilogram. en millièmes de litre.	CONCORDANCE de l'alcoomètre de Cartier.
	0,729	1,370	
	0,732	1,365	
	0,735	1,360	
	0,738	1,355	
	0,740	1,350	
	0,743	1,345	
	0,746	1,340	
	0,749	1,335	
	0,751	1,330	
	0,754	1,325	
	0,757	1,320	
	0,760	1,315	
	0,763	1,310	
	0,766	1,305	
	0,769	1,300	
	0,772	1,295	
	0,775	1,290	
	0,778	1,285	
	0,781	1,280	
	0,784	1,275	
	0,787	1,270	
	0,790	1,265	
100	0,793	1,260	
	0,796	1,255	44
	0,800	1,250	
	0,803	1,245	
	0,806	1,240	42
	0,809	1,235	
	0,813	1,230	
95	0,816	1,225	40
	0,819	1,220	
	0,823	1,215	
	0,826	1,210	38
	0,829	1,205	
90	0,833	1,200	
	0,836	1,195	36
	0,840	1,190	
	0,843	1,185	
85	0,847	1,180	34
	0,851	1,175	
	0,854	1,170	
	0,858	1,165	30
	0,862	1,160	
80	0,863	1,155	
	0,869	1,150	32
	0,873	1,145	
75	0,877	1,140	
	0,881	1,135	28
	0,884	1,130	

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DES ACADÉMIES.

M. Velpeau a présenté le 18 juillet dernier, à l'Académie des Sciences, une note de MM. Demeaux, docteur en médecine, et Corne, vétérinaire, sur un agent de désinfection, qui, d'après les expériences faites, serait une importante découverte pour l'humanité.

Cette matière désinfectante, dont le prix serait à Paris d'un franc les 50 kilog., est une poudre d'une couleur grisâtre plus ou moins foncée, suivant la pureté et les proportions de ses facteurs, qui sont au nombre de deux :

Plâtre du commerce........................	100 gr.
Koaltar (produit de la distillation de la houille).	1 à 3 gr.

Le mélange s'opère avec une grande facilité, soit à l'aide d'un mortier, soit par tout moyen mécanique approprié à ce but.

Pour le pansement des plaies, on délaye, avec de l'huile d'olive, une certaine quantité de poudre préparée d'après la formule ci-dessus; on forme comme une pâte, une pommade, un onguent qui garde la même consistance, et forme un mélange de couleur brune foncée et d'une odeur un peu bitumeuse.

Cette matière désinfectante a été d'abord expérimentée dans la pratique de M. Demeaux, puis dans les salles de M. Velpeau, et son application à la chirurgie permet de constater ce qui suit :

« 1° Une plaie gangréneuse fournissant une suppuration abondante et fétide, soumise à ce mode de pansement, est à l'instant même débarrassée de toute odeur désagréable;

» 2° Après un laps de temps de vingt-quatre et même de trente-six heures, les pièces d'appareil d'une plaie de mau-

vaise nature n'exhalent pas plus d'odeur qu'un appareil de fracture simple;

» 3° Un cancer ulcéré, produisant une suppuration ichoreuse, avec cette fétidité qui lui est propre, soumis à ce mode de pansement, est à l'instant même, et pendant tout le temps que l'appareil reste en place, dépourvu d'odeur;

» 4° Les ulcères des jambes soumis à ce pansement sont également dépourvus d'odeur;

» 5° Des pièces d'appareil de pansement, des linges imbibés de pus fétide, des cataplasmes imprégnés de suppuration, mis en contact avec la substance désinfectante, perdent immédiatement toute odeur désagréable;

» 6° Des liquides infects, des produits de gangrène, des caillots de sang décomposé, des tissus sphacélés, des débris de cadavre dans un état de putréfaction très-avancé, traités par ce mode, sont à l'instant même désinfectés;

» 7° L'action de la substance désinfectante semble arrêter le travail de décomposition, elle éloigne les insectes et prévient sûrement la production des vers. »

Depuis cette communication, l'Académie des Sciences et l'Académie de Médecine se sont occupées, à plusieurs reprises, de cette intéressante découverte. M. Velpeau a rapporté des expériences on ne peut plus concluantes pour la désinfection des plaies.

M. Renault reconnait, d'après ce qu'il a expérimenté à Alfort, que cette poudre désinfecte les matières en putréfaction; mais il trouve que l'odeur définitive n'est pas dépourvue d'une certaine âcreté.

M. Robinet ne comprenant pas l'action chimique de cette poudre désinfectante, fait quelques réserves. Il croit que ce nouveau mélange n'est pas un désinfectant, mais un absorbant. Il nie que la poudre de M. Corne puisse désinfecter les fosses d'aisance, comme on l'espère.

M. Bouley n'a pas voulu laisser passer cette proposition

de M. Robinet, comme principe général : il ne veut admettre que ce qu'il comprend. — Comprend-il comment le contact de deux métaux dans certaines conditions engendre un courant électrique? Pour moi, dit M. Bouley, cela m'échappe absolument. M. Robinet dit que l'on possède divers mélanges désinfectants. M. Bouley le met en demeure d'en fournir un bien constaté.

Au point de vue purement chirurgical, la découverte de MM. Demeaux et Corne offre un grand intérêt qui se résume dans les propositions suivantes, émises par M. Velpeau à la suite de la discussion à laquelle il a pris part :

« 1° Le mélange de plâtre et de koaltar de MM. Corne et Demeaux désinfecte sur-le-champ les matières animales en putréfaction ;

» 2° Ce mélange absorbe les liquides en même temps qu'il empêche l'odeur infecte à la surface des plaies, des ulcères, des tissus mortifiés ou gangrenés ;

» 3° Favorable plutôt que nuisible aux plaies elles-mêmes, il peut être essayé sans crainte partout et par tout le monde en chirurgie ;

» 4° Par conséquent, il y a lieu d'espérer que ce moyen pourra être de quelque service près de nos pauvres blessés de l'armée d'Italie. »

C'est le 25 juillet que M. Velpeau émettait cet espoir, et depuis nous savons qu'il s'est réalisé. M. le maréchal Vaillant a adressé de Milan la relation d'expériences faites sur les blessés de l'armée d'Italie par M. Larrey, au moyen de la poudre au koaltar. Le rapport du chirurgien en chef est complétement favorable. La désinfection a été rapidement obtenue, et une amélioration évidente des plaies a suivi l'emploi de ce médicament. C.

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale (t. IV et V), par M. E. Gintrac.

(2e article.)

Le second groupe, composé de la scarlatine, de la rougeole, de la rubéole et de la roséole aiguë, n'est pas moins naturel que le premier. — En quelques mots, M. Gintrac caractérise ces exanthèmes d'une manière si exacte, qu'on ne pourrait ajouter un phénomène à ceux qu'il leur attribue et qui leur appartiennent presque à tous.

Je n'ai pas l'intention de suivre l'auteur dans tous les développements qu'il a donnés à chaque groupe, comme je l'ai fait pour celui de la variole; mais en indiquant les traits caractéristiques par lesquels il les dépeint, je prouverai que l'histoire de chacun d'eux est aussi complète que celle du groupe dont je me suis déjà occupé.

Le groupe dont la scarlatine occupe la tête est formé des exanthèmes par excellence. Ils se présentent sous l'aspect de simples taches d'un rouge plus ou moins vif, isolées ou agrégées, disséminées sur la surface du corps, et laissant après elles une desquamation plus ou moins apparente. Ce ne sont ni des papules, ni des vésicules, ni des pustules : ce sont des exanthèmes, des maladies éruptives, qui offrent souvent, avec l'efflorescence cutanée, la coïncidence d'une lésion phlegmasique spéciale des muqueuses. C'est à celle-ci que se rapporte le plus ordinairement la gravité de l'affection. Ces maladies sont épidémiques, et même contagieuses par miasme; mais elles ne sont point transmissibles par virus. La plupart n'ont lieu généralement qu'une fois dans la vie.

Nous le demandons à l'esprit le plus sévère, au médecin le plus éclairé, peut-on exprimer toutes les généralités de ce groupe et mieux justifier sa création que ne le fait M. Gintrac par ces quelques mots?

Il y a bien un trait qui militerait peut-être contre la classification : c'est cette *coïncidence* d'une *phlegmasie spéciale des muqueuses* qui détermine le plus ordinairement *la gravité de l'affection*. Mais la classification une fois admise, et aujourd'hui presque tous les dermatologistes l'adoptent, le tableau est exact comme coup d'œil général.

Quant à l'historique de la scarlatine, je ne sais s'il est un point du globe où elle se soit montrée, une seule époque, un seul observateur qui l'ait décrite, que M. Gintrac ne mentionne. A tout instant, dans ces deux volumes, comme dans les trois premiers, on constate l'érudition la plus riche, la plus savamment contrôlée. Voilà des ouvrages qui vont aux curieux qui veulent connaître toutes les sources, aux savants qui tiennent à s'assurer si rien ne leur a échappé. Et ceci soit dit une fois pour toutes, car je serais à chaque article obligé de me répéter.

Chacune des maladies qui constituent le groupe des exanthèmes aigus est étudiée d'abord dans ses causes. — Ainsi, pour la scarlatine, la contagion, un poison morbide qui se transmet d'une personne à l'autre, de maison en maison, dans la première période, selon Robert Williams, encore dans la convalescence, et jusqu'à trois semaines et plus après la disparition complète de la maladie. Ce miasme se propage dans un rayon plus ou moins étendu ; il paraît quelquefois agir au loin ; on le dirait comme transporté par les vents. Mais c'est plutôt par les personnes même non atteintes, et alors c'est par les vêtements qui ont circulé dans l'atmosphère des malades : témoin cet habit renfermé pendant plus d'un an, et qui, repris par Hildenbrand, lui donna la scarlatine. Les miasmes renfermés, et pour ainsi

dire ensevelis, semblent, comme dit M. Gintrac, conserver, concentrer, peut-être même augmenter leur activité.

Il en est de la contagion de la scarlatine comme de toutes les contagions, il faut la réceptivité, l'aptitude à la recevoir. Il ne suffit pas d'y être exposé. On est aussi obligé d'admettre son développemant spontané. Enfin, rien ne rend compte tantôt de la gravité, tantôt de la bénignité de certaines épidémies, mais c'est un fait d'observation.

Comme pour la variole, je dirai pour la scarlatine que lorsqu'on a eu occasion d'en observer quelques épidémies, et qu'on l'a vue apparaître pendant quinze ans, de 1839 à 1856, excepté en 1845, 1846, 1849 et 1850, on est bien en droit d'en écrire l'histoire. — Aussi, les périodes, les symptômes, et parmi ceux-ci les symptômes gutturaux, ceux fournis par les autres organes de la digestion, ceux des voies respiratoires, les symptômes fournis par les appareils circulatoire et sécrétoire, ceux donnés par l'encéphale et le système nerveux; la marche, la durée, la terminaison, enfin les variétés de la scarlatine : tout a été mis à contribution pour le tableau qu'en a tracé M. Gintrac. Les complications, la coïncidence avec certaines affections, lui ont fourni un bon article.

Parmi les suites de la scarlatine, outre le rhumatisme, la contracture musculaire et l'anasarque, notre auteur signale la diathèse purulente, qu'il a admise au même titre dans la rougeole. — Mais est-ce bien comme dépendance de ces exanthèmes que se montre la pyogénie, et n'est-ce pas plutôt à titre de complication et comme liée à d'autres causes, bien que Kinglake ait vu des abcès et des furoncles se former à profusion après la fin d'une épidémie de scarlatine, et que le Dr Graves mentionne un enfant de cinq ans qui, après la scarlatine, eut des collections purulentes derrière l'oreille, au cou, au coude droit, au coude gauche, etc.? — Malgré l'observation que rapporte M. Gintrac, je ne sais

si j'oserais considérer la diathèse purulente comme l'une des suites de la scarlatine, tant l'exception est petite. Trois observateurs sur plusieurs centaines ont seuls pu la constater.

Ceci m'amène à l'article de l'anatomie pathologique de la scarlatine. « Les principales lésions que présentent les organes quand la terminaison a été funeste, dépendent, dit M. Gintrac, plus des complications que de la maladie elle-même. Il importe donc de ne pas perdre de vue les causes diverses d'où ces altérations dérivent. » Eh bien! à part ce qui se passe du côté de la peau et aussi dans les organes de la circulation, suite du mouvement fébrile; dans les méninges et le cerveau, lorsqu'il y a eu des symptômes cérébraux intenses, tout peut être considéré comme suite, non de la scarlatine franche, mais des complications; et j'ai, pour appuyer cette opinion, ce que dit un peu plus bas M. Gintrac lui-même à l'occasion de la physiologie pathologique de la scarlatine : « Cette maladie résulte de l'action d'un principe spécial, d'un poison morbide, aussi subtil que délétère; il agit à des degrés très-divers, ne produisant souvent qu'une affection légère, d'autres fois faisant naître une maladie grave, quelquefois enfin tuant avec une effrayante rapidité. Ce poison modifie l'état du sang et porte le trouble dans les organes de l'innervation.

» Cette action paraît être de nature dépressive et sidérante : on dirait qu'elle enraie la vie. De là, l'embarras de la circulation, l'état de congestion dans lequel se trouvent instantanément les tissus de l'économie; de là, l'extrême danger et la mort, bien que *les organes les plus essentiels à la vie ne présentent fréquemment que des altérations en apparence légères.* »

La thérapie de la scarlatine donnera lieu de ma part à une remarque critique. M. Gintrac, disposant, comme nous l'avons dit plusieurs fois, d'une érudition complète, ne nous

laisse rien ignorer de ce qui a été fait pour traiter la scarlatine dans tous les pays, dans tous les temps, et d'après les indications diverses que peuvent présenter les conditions les plus variées de cette affection; mais il efface, selon nous, un peu trop — le professeur de clinique? non — le praticien. Il ne fait pas assez connaître la manière dont il traite lui-même la maladie; il faut chercher dans l'appui qu'il donne plus ou moins explicite aux moyens dont il parle, quels sont ceux qu'il préfère. Il est vrai que la thérapie d'une maladie quelconque ne se dessine qu'en face de chaque cas particulier; mais on seraitbien aise de connaître à cet égard la conduite d'un si habile praticien.

Cependant, le livre de M. Gintrac à la main, un médecin éclairé serait muni des notions les plus complètes qu'on puisse invoquer pour traiter la scarlatine dans quelque condition que se trouvât le malade, et cela, tant pour les soins de la convalescence que pour les accidents consécutifs, par exemple l'hydropisie ou l'anasarque.

Nous avons trouvé là avec plaisir l'appréciation, comme prophylaxie, d'un moyen qui a été longtemps préconisé, la *belladone,* et les faits pour ou contre bien posés; il en résulte que l'insuffisance de la belladone comme prophylactique de la scarlatine est parfaitement avérée.

Aussi complet pour l'historique de la rougeole, l'auteur, dans le volume que nous examinons, a étudié toutes les conditions d'apparition de cette maladie. Quant aux influences atmosphériques, il a vu qu'elles n'ont pas de rapport direct avec le développement des épidémies; quant aux saisons, il résulte d'un tableau de 193 cas qu'il a tracé, que la rougeole est notablement plus fréquente en hiver et au printemps qu'en été, et surtout qu'en automne. — De l'étude qu'il a faite de la *contagion,* il résulte que la contagion miasmatique est parfaitement démontrée. Quant

à la contagion virulente, elle demeure encore contestable.

Nous remarquons que l'auteur n'a pas consacré d'article spécial à l'anatomie pathologique ni à la physiologie pathologique dans le chapitre de la rougeole; et pourtant ici, comme pour la scarlatine, il admet, comme suites de la rougeole, et la diathèse et l'infection purulente. — Je ferai donc les mêmes réserves. — Mais quant à l'influence que cette affection peut exercer, je ne dirai pas sur la *production,* mais sur l'*apparition* d'autres maladies, elle me paraît incontestable, et trop souvent, sur de jeunes enfants prédisposés, nous avons vu la tuberculisation pulmonaire être sollicitée par la rougeole. C'est, pour nous, un fait d'observation si notable, que tous nos soins sont consacrés à détourner des poumons cette malfaisante influence. Aussi, dirons nous avec M. Gintrac : « Je ne pense pas que la rougeole fasse naître des tubercules dans les poumons ou ailleurs; mais en appelant un travail congestif ou phlegmasique vers ces organes, elle hâte leur ramollissement, la fonte des tubercules qui s'y trouvaient déjà. Cette influence, bien qu'indirecte, n'en est pas moins puissante et réellement désorganisatrice. »

Au risque d'être long, nous croyons devoir reproduire, et nos lecteurs nous en sauront gré, les quelques propositions dans lesquelles M. Gintrac trace le diagnostic comparatif ou différentiel de la rougeole et de la scarlatine. Chacune des propositions a sa valeur :

« 1° Le praticien sait si la rougeole ou la scarlatine règne déjà dans le pays. Il est vrai que ces deux maladies peuvent quelquefois exister en même temps.

» 2° On s'informe si le sujet a visité des personnes atteintes de l'un ou de l'autre de ces deux exanthèmes.

» 3° On s'enquiert s'il a déjà eu lui-même, soit l'un, soit l'autre; car il est présumable que celui dont il a été antérieurement affecté ne se reproduit pas actuellement.

» 4° La durée de l'incubation est plus courte et l'invasion plus brusque dans la scarlatine que dans la rougeole.

» 5° L'éruption ne se fait guère que le troisième ou le quatrième jour pour celle-ci ; elle a lieu le premier ou le deuxième jour pour celle-là.

» 6° Les taches de la scarlatine sont plus nombreuses, plus rapprochées, plus confondues entre elles, et d'une teinte écarlate, tandis que celles de la rougeole restent plus distinctes, plus irrégulières et d'un rouge plus foncé.

» 7° L'éruption de la scarlatine s'accompagne assez souvent de vésicules d'apparence miliaire. Cette coïncidence n'appartient pas à la rougeole.

» 8° Le cou, les mains, les pieds, sont quelquefois tuméfiés dans la scarlatine ; ils ne le sont pas dans la rougeole.

» 9° La différence capitale résulte de la coexistence à peu près constante de l'angine gutturale dans la scarlatine, et d'une irritation des muqueuses oculaire, nasale et bronchique dans la rougeole.

» 10° La scarlatine peut s'accompagner de toux ; mais celle-ci est sèche, ou l'expectoration est simplement muqueuse. La rougeole s'accompagne le plus ordinairement, surtout chez les adultes, d'une expectoration abondante, épaisse, opaque, mêlée d'un fluide aqueux, incolore. — M. Chomel a insisté avec raison sur ces caractères.

» 11° La fièvre est plus intense, le pouls généralement plus fréquent, et la chaleur générale plus élevée dans la scarlatine que dans la rougeole.

» 12° Les complications les plus fréquentes et les plus formidables de la rougeole sont l'ophtalmie, la laryngite et la pneumonie. Celles de la scarlatine sont l'irritation cérébrale, l'otite, le rhumatisme, les phlegmasies des membranes séreuses et les épanchements consécutifs.

» 13° Lorsque ces exanthèmes guérissent, la desquamation se fait, dans la rougeole, par petites parcelles d'épi-

derme; elle est comme furfuracée, tandis que, dans la scarlatine, elle a lieu par lamelles ou fragments plus larges.

» 14° La scarlatine est une maladie plus grave que la rougeole.

» 15° Les suites les plus communes de la rougeole sont l'ophtalmie chronique et la bronchite. Celles de la scarlatine sont le rhumatisme, la diathèse purulente, la disposition aux hydropisies, et d'une manière toute spéciale l'anasarque.

» Il résulte de cette comparaison que la rougeole et la scarlatine diffèrent l'une de l'autre sous de nombreux rapports, et méritent chacune une place distincte. »

Quant à l'article que l'auteur a consacré au traitement de la rougeole, nous ne lui ferons pas le même reproche que nous lui avons adressé pour celui de la scarlatine.

L'isolement, comme pour la scarlatine, est le seul moyen qu'il reconnaisse comme prophylactique de la rougeole; et l'inoculation, ici possible et qu'on avait tentée pour diminuer les chances défavorables, est à bon droit blâmée par M. Gintrac.

Dans les cas ordinaires, le traitement doit être de la plus grande simplicité, et l'art ne doit intervenir qu'avec une extrême réserve. Ce n'est donc qu'avec des indications particulières qu'il faut agir. Ainsi, fièvre très-forte, chaleur brûlante, agitation, malaise extrême; saignée générale, plus souvent locale, quelques sangsues à l'épigastre ou à l'anus, en consultant le génie épidémique; lotions d'eau tiède sur le corps.

Si l'éruption est tardive, lente ou imparfaite, un vomitif, l'ipécacuanha, ont provoqué un appel vers la périphérie; mais s'il y a congestion menaçante, les bains chauds, les frictions excitantes, la flagellation avec des orties, sont des ressources plus efficaces; mais des révulsifs plus puissants,

les vésicatoires, peuvent devenir indispensables. La toux, ce symptôme si fréquent et si fatigant, rend nécessaire un léger narcotique, le lactucarium, le sirop de pavots. Une photophobie forte ou prolongée indique l'emploi de la belladone à l'intérieur, ou en frictions autour de l'orbite.

Mais la rougeole, qui s'accompagne de faiblesse, d'altération du sang, de diarrhée, de refroidissement des membres, d'ataxie, fait recourir aux toniques, au quinquina, et que de fois sans succès!

L'article consacré à la *rubeola* ou *roetheln* des Allemands est tout à fait original et nos lecteurs le connaissent déjà [1]. Il a fallu d'abord établir que la rubéole a une existence propre et mérite un rang particulier dans la nosographie cutanée. C'est en s'adressant aux faits que M. Gintrac a résolu cette question.

C'est en France, dans la constitution hyémale de l'année 1574 tracée par Baillou, qu'il trouve le premier tableau de cette affection, qui n'est ni la scarlatine, ni la rougeole, qui leur emprunte un ensemble de phénomènes qui constituent une sorte d'hybride.

Cinq observations propres à M. Gintrac, recueillies dans sa clinique à des époques diverses, de 1844 à 1857, et par des mains différentes, et qui offrent toutes des traits de ressemblance caractéristiques, sont venues confirmer ce que les médecins allemands avaient dit du *roetheln*, et autoriser l'auteur, en admettant que la *rubeole* forme une sorte de mixte ou d'hybride, qui est à la fois distinct de la scarlatine et de la rougeole, et qui a sa manière d'être spéciale, à conclure, d'après tous les faits rapprochés :

« 1° Qu'elle est quelquefois sporadique et qu'elle peut apparaître sous une influence épidémique;

[1] Voyez *Journ. de Méd. de Bordeaux*. 1857, p. 453-517.

» 2° Qu'elle a paru, dans quelques circonstances, provenir de la rencontre des miasmes morbilleux et scarlatineux chez les mêmes sujets;

» 3° Que, bien que née d'une contagion, elle ne l'a pas propagée à son tour;

» 4° Qu'elle n'attaque qu'une fois le même individu;

» 5° Que la scarlatine et la rougeole, contractées antérieurement, n'en préservent pas;

» 6° Qu'elle a été observée chez les enfants, chez les jeunes sujets, chez quelques adultes, et très-rarement à une âge avancé;

» 7° Que son début a ressemblé, soit à celui de la scarlatine, soit à celui de la rougeole; mais que bientôt les symptômes de l'une et de l'autre se sont réunis et associés, tels que, d'une part, l'irritation oculaire, le coryza, la laryngite, la bronchite, et de l'autre, l'angine, la rougeur de la langue, la tuméfaction des parotides, l'otite, etc.;

» 8° Que l'éruption, paraissant du troisième au sixième jour, et quelquefois plus tôt, s'est répandue très-rapidement sur tout le corps, épargnant souvent la face, et s'est présentée sous l'aspect de taches larges, anguleuses, distinctes, quelquefois confluentes, et d'une coloration plus ou moins vive;

» 9° Que ces taches ont parfois été parsemées de vésicules; qu'elles ont d'ailleurs présenté des irrégularités, des aspects variés, selon les sujets et même selon les diverses régions de la peau; qu'elles ont été à peu près constamment suivies d'une desquamation très manifeste, furfuracée et lamelleuse;

» 10° Que l'exanthème a eu, en général, une durée de cinq à dix jours;

» 11° Que son caractère a été ordinairement assez grave, mais que son issue a été plus souvent heureuse que funeste;

» 12° Qu'il a eu plusieurs fois pour suites, soit des abcès

cervicaux, soit une hydropisie, et particulièrement une anasarque. »

On voit bien d'après ces caractères que la rubéole a de grandes affinités avec la scarlatine et la rougeole, mais qu'on est forcé de lui assigner une place à part dans le cadre nosologique.

La quatrième des maladies du 2e groupe, la roséole, offre moins d'intérêt; indépendamment de ce qu'on a pu soutenir qu'elle n'a point une existence à part, c'est une maladie sans importance, dont on ne peut pourtant omettre l'histoire dans une nosographie dermatologique.

Le 3e groupe se compose, comme nous l'avons vu, des *purpura, sudamina, miliaire sporadique, miliaire puerpérale, miliaire épidémique, et suette*. On est obligé d'admettre, avec M. Gintrac, que si ces exanthèmes se présentent assez souvent comme de simples symptômes, ils ont souvent aussi, pour la plupart, une existence propre et constituent des maladies essentielles; ce n'est qu'à ce titre qu'elles entrent dans la nosologie cutanée. Elles sont congestives, hémorrhagiques, éphidrosiques, maculeuses et vésiculeuses. C'est un des groupes où l'auteur a répandu le plus de lumières. Il admet dans le *purpura*, le *simplex* et le *febrilis*, symptomatique et essentiel, fièvre pétéchiale bénigne.

C'est surtout à propos des sudamina qui surviennent dans le cours de diverses maladies plus ou moins graves qu'on peut poser cette question : Se présentent-ils parfois comme affection essentielle? Et malgré ce que disent Joseph Franck de l'*hydroa sudamen*, Ehremberg et Hemprich de l'*hydroa æstivum ægyptiarum*, et malgré ce que nous avons observé nous-même, dans nos étés un peu chauds comme celui-ci, par exemple, nous dirons, avec M. Gintrac : « Cette éruption est purement symptomatique.

La miliaire sporadique peut se montrer comme symptomatique le plus souvent, comme critique quelquefois; comme essentielle? je ne sais. Cependant, les faits, bien que rares, empruntés à Schachel et Himfeld, à MM. Marolle et Guillaumet, et surtout les cinq observations présentées par M. Gintrac, ébranlent mon doute à cet égard. « Ce sont des matériaux qui pourront servir, comme le dit notre auteur, à l'histoire encore bien incomplète de cet exanthème. »

La miliaire puerpérale forme un long article dans l'œuvre de M. Gintrac. — Pourquoi ces mots : *miliaire puerpérale*, soulèvent-ils instinctivement dans mon esprit un sentiment d'opposition? Considérant l'état puerpéral comme une condition spéciale, ce n'est pas lui dont je ferais l'auxiliaire de la miliaire; mais je considérerais plutôt celle-ci comme surajoutée à l'état puerpéral, j'en ferais enfin un adjectif, considérant la fièvre puerpérale comme le substantif. Mais nous sommes presque d'accord avec M. Gintrac, car nous dirions avec lui : « La miliaire puerpérale se distingue par la *nature des circonstances desquelles elle naît*, et par le *cachet* qu'elles lui impriment. » Cette réserve faite, si c'en est une, je dirai que cet article est on ne peut mieux traité.

Mais c'est sur ce qu'a écrit M. Gintrac à propos de la miliaire épidémique que j'appelle surtout l'attention des lecteurs. Il n'est pas de maladie qui ait donné lieu à une plus grande masse d'observations. Chaque épidémie a été l'objet d'une histoire. La gravité de cette maladie fixant l'attention du médecin sur tout ce qui la concerne, il en est résulté un si grand nombre de travaux, qu'il faut une judicieuse patience pour s'y reconnaître. Bien que la lumière ait été faite sur bien des points par les médecins qui de nos jours ont étudié avec sagacité les épidémies si nombreuses de miliaire, notre auteur a résumé tout ce qu'il importe de

savoir à ce sujet dans près de 100 pages qu'il y a consacrées. C'est là qu'il faut lire l'histoire de la miliaire épidémique.

Un coup d'œil rapide est jeté sur la suette anglaise, qui n'avait pas, ce semble, de droit à se trouver avec les exanthèmes, puisque ce caractère lui manque et qu'il n'y a pas d'éruption; mais je considère la suette anglaise comme une variété extrêmement grave de la suette miliaire épidémique, et ce rapprochement, assez naturel d'ailleurs, justifie cette place.

Le 4e groupe, formé des exanthèmes vésiculeux ou bulleux, comprend l'herpès, l'eczéma aigu, le type du genre; l'yhdrargirie, cet effet si rare de l'emploi du mercure, et le pemphigus aigu.

Le premier, l'herpès, est l'objet d'un très-important article du livre que j'examine. Il est vrai que ce genre contient d'intéressantes et nombreuses espèces : l'herpès phlycténoïde ou diffus; l'herpès labial, palpébral, auriculaire; l'herpès préputial; celui de la vulve, qu'Alibert avait nommé *olophlictide prévaginale;* l'herpès zona, le plus important de tous, celui dont l'histoire a été traitée avec le plus de soin par M. Gintrac. Pour s'en convaincre, il suffit de savoir que 126 faits particuliers lui ont servi de base pour ses déductions. La physiologie pathologique du zona y est résumée avec une remarquable précision dans les termes suivants :

« A mes yeux, le zona présente la réunion d'une phlegmasie vésiculeuse de la peau avec une névrose qui en est plutôt l'effet que la cause. Les observations anatomo-pathologiques de M. Rayer me semblent d'ailleurs vivement éclairer la question. Cette élongation, cette congestion, cette intumescence des papilles du derme, prouvent que la phlegmasie porte principalement ses effets sur l'élément nerveux

de la peau. C'est peut-être ce qui la distingue le plus éminemment des autres inflammations cutanées, et ce qui explique la coïncidence des phénomènes nerveux et de l'espèce de névralgie qui l'accompagnent ou lui succèdent. On conçoit très-bien dès lors comment une vive irritation des houppes nerveuses du derme peut se propager aux filets dont elles sont l'expansion. Ainsi, phlegmasie cutanée, irritation spéciale des papilles, affection successive des filets nerveux de rapport, névralgie consécutive, tel est l'enchaînement probable des phénomènes morbides. »

N'est-ce pas là, nous le demandons, apprécier à leur juste valeur, en les modifiant, les théories de MM. Romberg, Gendron et Delioux, et éclairer singulièrement le diagnostic. — Nous signalerons, quant au traitement, un fait relatif aux cautérisations par l'azotate d'argent, déjà vanté par M. Serres et Lisfranc : c'est qu'il ne faut y recourir qu'à l'apparition des vésicules pour enrayer l'inflammation et la douleur, ou au déclin de l'éruption si la douleur s'exaspère au lieu de s'apaiser.

L'article de l'herpès est enfin terminé par quelques pages sur deux formes assez rapprochées : l'herpès *circiné* et l'herpès *iris*. Il ne faudrait pas croire que l'herpès *en traînées* de M. Devergie y soit oublié.

Dans les exanthèmes aigus, au groupe qui m'occupe, se trouvent l'eczéma aigu, le pemphygus aigu; et je dirai avec M. Gintrac : « Il est fâcheux que la même dénomination serve à désigner deux affections cutanées, sans doute d'aspect analogue, mais aussi dissemblables que le sont l'eczéma aigu et l'eczéma chronique. Ils diffèrent par leur cause, par leur fréquence, par leurs symptômes, par leur marche, et surtout par le traitement qui doit leur être opposé. » Aussi, n'est-ce que pour éviter un néologisme plus propre à augmenter qu'à diminuer la confusion qu'il conserve le mot *eczéma;* mais il ne conserve, de toutes les distinctions

faites par M. Devergie, que les traits qui, dans la description, font à peine des variétés. — Et quant à l'anatomie pathologique de l'affection, il fait observer avec juste raison que c'est moins le siége anatomique qui entraîne des différences essentielles entre ces exanthèmes, que leur cause intime, leur nature et leur mode de manifestation. Dans l'eczéma, le réseau capillaire sous-épidermique joue un rôle essentiel, ainsi que l'élément nerveux cutané. L'irritation dont il est le siége provoque une hypersécrétion des fluides séreux. Les conduits qui viennent s'ouvrir à la surface du derme versent ces fluides, qui se colligent en gouttelettes, comme dans toutes les affections vésiculeuses et bulleuses. Ce suintement tache et roidit le linge sur lequel il se dépose. N'est-ce pas là la vraie physiologie pathologique de l'eczéma aigu?

L'hydrargyrie avait-elle des droits à figurer parmi les exanthèmes aigus? Beaucoup d'auteurs anglais et français l'ont omise. — M. Gintrac n'a pas voulu imiter leur silence, et j'admets ses motifs : « Il y a beaucoup moins d'inconvénients, dit-il, à inscrire sur le tableau des maladies une individualité qui pourrait, à la rigueur, n'y pas figurer, que de négliger une mention dont l'importance ne saurait être contestée, au moins sous le rapport pratique. » Et nous verrons plus d'une fois que notre auteur s'est conformé à cette règle. Quant à l'hydrargyrie, la cause toute spéciale rend le traitement tout simple, mais le diagnostic est important.

Il peut avoir des conséquences désastreuses et pour le malade et pour le médecin. Cette affection est assez rare pour que nous ayons été heureux d'en insérer une observation bien complète, recueillie par M. Marx, interne de clinique de l'hôpital Saint-André (1).

(1) Voyez *Journ. de Méd. de Bordeaux*, mars 1859, p. 169.

J'arrive enfin au pemphygus, dernier exanthème du 1e groupe, et c'est là que va s'arrêter mon coup d'œil aujourd'hui. Cet exanthème bulleux, classé par Vogel parmi les fièvres, comparé aux *phlyctens* et *phlyctidas* des Grecs par Fernel, mentionné par les médecins allemands, n'a obtenu son histoire complète en France qu'en 1811, par la thèse de Bunel; depuis, près de quarante observateurs, tous mentionnés par M. Gintrac, en ont publié des observations, et ce sont les faits qu'ils ont rapportés, auxquels il en a ajouté 17, recueillis avec détails, desquels 5 sont rapportés textuellement, qui lui ont servi à tracer l'histoire générale de la maladie.

Parmi les causes, quelques observateurs ont cru devoir assigner la contagion; avec les faits bien interprétés, M. Gintrac conclut à la négative. Cette affection a paru quelquefois comme critique de fièvres graves. M. Gintrac l'a vue amener la guérison d'une douleur rhumatismale extrêmement rebelle.

Assez souvent bénigne, cette maladie a eu souvent une terminaison funeste. L'auteur en rapporte 3 cas intéressants, dans lesquels la nécropsie n'a présenté aucun désordre notable des organes intérieurs, comme d'ailleurs l'avaient noté déjà d'autres observateurs.

Dans l'histoire du pemphygus devait figurer le pemphygus des nouveaux nés, et son histoire y est présentée par la discussion qui eut lieu à l'Académie de Médecine de Paris en 1851, et à laquelle prirent part MM. Depaul, Cazeaux et Paul Dubois. D'après les considérations dans lesquelles entre M. Gintrac, on peut distinguer chez les nouveaux nés : 1° un pemphygus simple, léger, qui guérit spontanément en un ou deux septenaires; 2° un pemphygus grave, le plus souvent mortel, dont l'origine syphilitique est incontestable; 3° un pemphygus également très-grave, dont la nature syphilitique est incertaine, et

dont l'origine pourrait être attribuée à toute autre cause.

Nous n'avons pas fini l'examen des exanthèmes aigus; mais nous voilà à la fin du volume, et déjà notre article atteint, s'il ne dépasse, le développement que nous pouvions nous permettre.

Peut-être trouvera-t-on que je me complais dans cette analyse; mais l'importance de l'œuvre et le désir que j'ai de la faire connaître et apprécier de mes lecteurs les empêcheront-ils aussi de m'accuser de longueur ou de prolixité. Je continuerai cet examen dans un prochain et dernier article. COSTES.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Danger du phosphore blanc dans l'industrie. — Dans le dernier numéro du *Journal de Médecine de Bordeaux,* nous disions qu'il est démontré, par des faits malheureusement trop multipliés, que les allumettes chimiques au phosphore blanc mettent à la disposition du public un poison des plus violents et des plus insidieux, en même temps des plus difficiles à retrouver par les recherches toxicologiques, un poison qu'on doit considérer comme plus dangereux que l'arsenic lui-même, et nous demandions à quel chiffre devra s'élever la statistique criminelle et mortuaire pour que la question industrielle, qui est liée à la fabrication des allumettes au phosphore blanc, soit primée par la question de morale et de salubrité publique.

L'extrait suivant du rapport d'ensemble sur les travaux du Conseil d'hygiène de la Gironde pendant les deux dernières années, lu dans la séance du 8 août dernier par M le Dr Levieux, résume avec une parfaite netteté l'état de cette intéressante question :

« A plusieurs reprises, le Conseil, remplissant un devoir de conscience, a signalé les dangers qui se rattachent à l'emploi libre du phosphore blanc dans l'industrie, demandant qu'il fût

remplacé par le phosphore rouge, qui n'a pas les mêmes propriétés vénéneuses.

» Cette proposition, prise en considération par M. le Préfet, a été chaque fois transmise à M. le Ministre du Commerce et des Travaux publics, qui, sur l'avis du Comité consultatif des arts et manufactures, a répondu que défendre l'emploi du phosphore blanc serait porter une atteinte grave à des droits acquis, et que les progrès incessants de la science suffiraient, sans l'intervention administrative, pour faire prévaloir, par une transition insensible, celui des deux qui offrirait le plus d'avantage.

» En présence d'une décision aussi formelle, il nous restait encore un droit dont nous avons usé dans l'intérêt général, celui d'adresser officiellement au Ministre, par l'entremise de M. le Préfet, l'historique succinct mais fidèle de plusieurs cas d'empoisonnement par le phosphore, dont quelques-uns suivis de mort.

» La délibération prise par le Conseil à cet égard, à la date du 23 avril 1859, a été comme le signal d'une guerre à outrance faite au phosphore blanc depuis cette époque, soit à l'Académie de médecine, soit au sein même de l'Institut de France.

» Espérons que ce concert de si justes récriminations sera entendu par le Gouvernement, et que le phosphore blanc ne tardera pas à trouver sa place dans la catégorie des substances vénéneuses, au sujet desquelles la loi du 19 juillet 1845 et l'ordonnance du 29 octobre 1846 prescrivent de si sages dispositions pour éviter qu'elles ne puissent tomber entre des mains inexpérimentées ou criminelles. »

Nous avons aujourd'hui la satisfaction d'annoncer la première restriction officielle à la vente des allumettes au phosphore blanc. L'ordre suivant du maréchal Ministre de la guerre vient d'être affiché dans tous les établissements militaires :

« Art. 1er. — L'usage des allumettes chimiques phosphoriques ordinaires est rigoureusement interdit dans les casernes et dans tous les établissements et magasins dépendant de l'administration de la guerre.

» Les allumettes hygiéniques amorphes, qui ne s'allument

pas si on les frotte sur toute autre chose que la surface préparée à cet effet, sont seules autorisées; on n'en devra pas moins procéder à leur emploi avec toutes les précautions que comporte le maniement d'une matière inflammable.

» Art. 2. — Les cantiniers, marchands et fournisseurs de la troupe qui, à partir de la publication du présent règlement, seraient reconnus avoir livré aux militaires des allumettes autres que celles dites au phosphore amorphe, seront privés soit temporairement, soit définitivement, les uns de leur commission de cantinier, les autres de la faculté d'approvisionner la troupe de toute espèce de marchandises ou denrées.

» Art. 3. — Les militaires, fonctionnaires et employés de tous grades et de toutes classes qui enfreindraient cette défense seront sévèrement punis et signalés en outre au Ministre.

» Toutes autres personnes logées ou appelées dans les établissements militaires par la nature de leurs emplois ou de leurs fonctions sont soumises à la même règle; en cas d'infraction de leur part, il en sera rendu compte.

» Art. 4. — Il est expressément défendu de fumer ou de laisser fumer dans les écuries des quartiers et à proximité des magasins de fourrages ou de matière inflammable.

» On veillera à ce que les cavaliers de corvée ne soient point porteurs d'allumettes lorsqu'ils pénétreront dans les magasins à fourrages; les officiers de semaine et les chefs de détachements seront responsables des contraventions à cet égard.

» Art. 5. — Dans les parcs, cours ou magasins à fourrages, il ne devra être établi ni toléré aucun logement d'employé ou d'ouvrier; si, par suite d'une regrettable tolérance, il y existait quelque habitation, on en ordonnerait la suppression immédiate.

» Art. 6. — L'emploi des boulettes et autres matières phosphorées pour la destruction des rongeurs doit être sévèrement interdit.

» Art. 7. — Les mesures ordinaires de surveillance déjà comprises dans les consignes continueront à recevoir leur exécution comme par le passé.

» Art. 8. — On ne devra pas perdre de vue les recommandations rappelées dans la circulaire ministérielle du 8 juin 1859

sur les précautions à prendre dans le but de prévenir les incendies, ni sur les dispositions propres à les combattre lorsqu'ils se sont déclarés.

» Art. 9. — Le présent règlement, dont les diverses autorités civiles et militaires, ainsi que la gendarmerie, assureront l'exécution, sera affiché dans toutes les casernes, postes et corps-de-garde, et sera lu plusieurs fois par mois à la troupe, à l'appel du matin.

Paris, le 9 juillet 1859.

Le maréchal de France Ministre-Secrétaire d'État de la guerre,
Randon.

On voit que le danger d'incendie motive la prescription du Ministre de la guerre. Nous espérons que le danger d'empoisonnement, certainement bien plus grave et plus digne d'exciter la sollicitude des administrations publiques, motivera bientôt des prohibitions radicales, et que les vœux des hygiénistes recevront leur pleine et entière satisfaction. J. Jeannel.

Traitement hygiénique de la glycosurie. — Le traitement hygiénique dans la glycosurie est d'une haute importance. L'alimentation, l'exercice, les vêtements, les boissons alimentaires, les bains de mer et l'hydrothérapie constituent un ensemble de moyens qu'il faut mettre en usage avant de recourir aux modifications pharmaceutiques. M. Bouchardat a tracé avec beaucoup de soin et d'exactitude les règles générales de ce traitement hygiénique. Nous croyons devoir les indiquer d'après lui :

Alimentation. — La première règle à observer dans l'alimentation d'un malade affecté de glycosurie, c'est la suppression, ou au moins une diminution considérable dans la quantité d'*aliments féculents ;* cette suppression ou cette diminution forme la base du traitement.

Voici la liste des aliments les plus usuels et qui doivent être proscrits tant qu'ils ne seront point utilisés : pain ordinaire, composé soit de froment, soit de seigle, soit d'orge, etc. ; les pâtisseries, le riz, le maïs et autres graines ; les radis, les pommes de terre et les fécules de pomme de terre, d'arrow-root et autres fécules alimentaires ; les pâtes farineuses de toutes sor-

tes, telles que vermicelle, semoule, macaroni, etc.; les semences des légumineuses, telles que haricots, pois, lentilles, fèves; les marrons et les châtaignes; la farine de sarrasin, les confitures et autres aliments et boissons sucrés.

L'exclusion des aliments sucrés du régime doit être plus sévère et plus longuement continuée que celle des féculents. L'usage du lait est défavorable.

Les aliments qui doivent être permis sont très-nombreux; je vais faire l'énumération des principaux.

Les viandes de *toute nature*, aussi bien les viandes blanches que les autres, peuvent être conseillées; on peut les prescrire bouillies, grillées ou rôties, ou accommodées de toute autre façon, avec tous les assaisonnements qui stimulent l'appétit, pourvu que la farine n'interviennne pas dans les sauces.

Les foies doivent être défendus, ainsi que les morceaux gélatineux.

Les poissons d'eau douce, comme les poissons de mer, offrent une ressource variée à la table du glycosurique.

Les autres animaux alimentaires, tels que les huîtres, les moules, les escargots, les tortues, les homars, les crevettes, les grenouilles, etc., peuvent être journellement employés avec un grand avantage.

Les œufs, sous toutes les formes si variées qu'a imaginées l'art culinaire, sont d'une grande utilité.

J'ai dit plus haut que le lait était peu convenable pour les glycosuriques; la crème fraîche et de bonne qualité leur est au contraire très-utile.

Les fromages de toutes sortes peuvent être utilement prescrits aux malades affectés de glycosurie.

La liste des légumes qui peuvent être permis est assez nombreuse; on doit observer seulement que les corps gras (huile, beurre, graisse, etc., doivent entrer en quantité plus élevée que de coutume dans leur préparation; que, dans les sauces, les jaunes d'œufs et la crème doivent remplacer la farine, qui doit être proscrite; et, quoi qu'il en soit, les légumes devront toujours être bien choisis tant que les féculents ne sont point utilisés. Les champignons et les truffes conviennent.

On peut de temps en temps accorder, toujours en quantité *très-modérée,* les fruits suivants : pommes, poires, cerises, framboises, fraises, ananas; mais absolument sans sucre et quand les urines ne sont pas sucrées.

Les fraises et les pêches, voilà les fruits que j'ai trouvé être le plus favorables ; je proscris absolument les raisins.

Avant de parler des boissons alimentaires, il nous reste à traiter une question d'une grande importance : c'est celle du remplacement du pain et des pâtes pour potage. La privation du pain et d'aliments féculents est vivement sentie par les malades affectés de glycosurie, et si l'on ne trouvait le moyen de trom per ce désir, très-peu résisteraient à cette incessante tentation.

Depuis sept ans que j'emploie le pain de gluten, son utilité ne s'est pas démentie ; c'est un adjuvant qui m'a été fort utile dans un grand nombre de cas de glycosurie.

Quelques personnes ont voulu trouver dans le pain de gluten le remède de la glycosurie ; telle n'a jamais été ma prétention. J'ai cherché uniquement un aliment qui pourrait remplacer le pain sans avoir ses inconvénients pour les malades, et ce but, je crois l'avoir atteint.

Quelques glycosuriques supportent sans grande privation l'abstinence du pain et des féculents : pour ceux-là, le pain de gluten est inutile; mais, je dois le dire, ils sont assez rares. A ces malades, un ou deux *échaudés* dans les vingt-quatre heures tiennent lieu de pain. Ceux dont la maladie est peu intense, peuvent, ou en diminuant les féculents ingérés, ou en se mettant à l'usage des alcalins ou à un exercice énergique, voir revenir leurs urines à l'état normal; ceux-là encore n'ont point besoin du pain de gluten. Mais ces cas sont de beaucoup et les moins graves et les moins fréquents.

Boissons alimentaires. — Le vin joue un rôle considérable dans le traitement de la glycosurie ; et j'ai la ferme conviction que j'ai rendu à ces malades un service peut-être aussi grand en remplaçant pour eux les aliments féculents par les boissons alcooliques, qu'en démontrant que l'abstinence des féculents leur était indispensable, quand ils ne les utilisent pas.

Ce sont les vins vieux rouges de Bourgogne et de Bordeaux sur-

tout que je préfère; mais tous les vins rouges, qui sont plutôt astringents qu'acides ou sucrés, conviennent bien. Pour la quantité, à moins de contre-indication, je n'en donne, dans les vingt-quatre heures, pas moins d'un litre, et, pour les hommes vigoureux qui dépensent beaucoup par un travail ou un exercice continuel, il est quelquefois utile de l'élever plus haut.

La bière est très défavorable; la dextrine qu'elle renferme explique cet effet.

Je *proscris* les liqueurs sucrées; mais j'accorde volontiers, au principal repas, un petit verre de rhum, d'eau-de-vie ou de kirsch.

Le café est utile à presque tous les malades affectés de glycosurie; sauf contre-indication, j'en prescris au moins une tase après le principal repas. On doit le prendre sans sucre; on peut y ajouter un peu de rhum ou d'eau-de-vie, ou de crême. Plusieurs malades en prennent deux ou trois tasses par jour.

L'eau rougie me paraît, dans cette maladie, préférable à toutes les tisanes. Quelquefois il est bon de prendre une infusion de houblon ou d'espèces amères. Quoi qu'il en soit, je recommande toujours aux glycosuriques de boire avec une grande modération. Un quart de vin de Bordeaux pur, voilà ce qui tempère le mieux leur soif quand ils suivent le régime.

Les boissons tempérantes et les limonades, que les glycosuriques recherchent avec beaucoup d'avidité, leur sont très-préjudiciables : elles n'apaisent pas mieux leur soif que de l'eau pure, et elles saturent en partie l'alcali libre du sang, ce qui nuit, comme M. Chevreul l'a prouvé depuis longtemps, à la prompte destruction des matières combustibles alimentaires introduites incessamment dans l'appareil circulatoire par la voie de l'appareil digestif. Je les proscris donc absolument. M. Mialhe a insisté aussi avec autant de force que de raison sur les inconvénients des boissons acides pour les glycosuriques.

Les glycosuriques doivent s'efforcer de boire modérément à chaque fois; les grandes quantités de liquide ingérées tout à coup peuvent contribuer à entretenir cette sécrétion anormale dans l'estomac, sur laquelle j'ai tant insisté.

Je leur recommande toujours de manger avec modération à

chaque repas. Cette recommandation a un double motif : le premier, d'éviter les indigestions, qui leur sont plus funestes qu'à d'autres malades ; le second, de favoriser le retour de l'estomac à ses dimensions normales. Pour atteindre ce but, on peut encore essayer l'emploi d'une ceinture de flanelle légèrement compressive sur la région de l'estomac.

Vêtements. — J'ai prouvé que les refroidissements étaient pernicieux pour les malades atteints de glycosurie. De bons vêtements de flanelle sont les meilleurs préservatifs contre ces refroidissements. Ces vêtements ont une grande utilité dans la maladie qui nous occupe : celle de rétablir les fonctions de la peau, qu'il est si important de voir en activité.

C'est pourquoi je prescris toujours des vêtements de flanelle couvrant tout le corps, et en quantité, pour maintenir à la peau une douce moiteur.

Exercice. — Les malades affectés depuis quelque temps de glycosurie éprouvent des lassitudes spontanées, un sentiment d'affaiblissement, quelquefois accompagné de douleurs dans les cuisses, les jambes, les articulations, qui augmente par le moindre travail ou par le plus petit déplacement : leur prescrire alors de l'exercice est difficile ; mais dès que, par un régime convenable, les forces commencent à revenir, il faut les employer. L'exercice de la marche, l'exercice de tout le corps par quelque travail manuel ou par quelque récréation gymnastique, a une incontestable utilité. Cet exercice devra être progressif : trop prématuré, il déterminerait des courbatures toujours nuisibles ; négligé, il retarderait le rétablissement complet des forces, et par conséquent la guérison.

Des bains de mer et de l'hydrothérapie dans le traitement de la glycosurie. — J'ai dit précédemment, à propos des bains froids, des bains de mer et de l'hydrothérapie : « Les bains de rivière, lorsqu'ils peuvent être aidés par l'exercice de la natation, sont utiles ; mais l'efficacité des bains de mer, lorsqu'ils sont bien supportés, est plus constante et plus grande. — Pour déterminer la diaphorèse dans les cas difficiles, j'ai quelquefois employé l'hydrothéraphie ; mais il faut pour les malades atteints de glycosurie, une surveillance continuelle dans l'application de cette

méthode, qui, mal employée, pourrait entrainer de graves accidents, mais qui, dirigée avec habileté, secondée par un régime suivi avec intelligence, m'a rendu et peut rendre d'excellents services. »

Il est évident que le régime ne doit être abandonné que graduellement et quand la glycose aura disparu des urines. Toujours il convient alors d'augmenter la qualité et la quantité des aliments de la calorification; du bon beurre de Normandie pris en quantité suffisante à chaque repas; trois à quatre cuillerées en vingt-quatre heures d'huile de foie de morue, voilà les aliments sur l'emploi desquels j'insiste toujours pendant l'usage des bains de mer ou l'emploi de l'hydrothérapie. On dépense davantage de calorique; il faut, pour que les ressources de l'économie ne soient pas atteintes, que la réparation en aliments de la calorification équivale au moins aux pertes.

Je résume ainsi les indications et les contre-indications de l'hydrothérapie ou des bains de mer dans la glycosurie :

Quand la glycose disparaît ou diminue, les féculents peuvent être plus largement utilisés; que les forces s'accroissent journellement, l'*hydrothérapie ou les bains de mer constituent, avec l'exercice*, un des moyens les plus efficaces contre la glycosurie. Quand, au contraire, sous ces influences la glycose augmente, les forces diminuent, l'économie n'ayant pu prendre le dessus; ces moyens aggravent le mal, car on soustrait du calorique à une machine qui s'appauvrit parce qu'elle en manque : le remède est alors un mal accessoire ajouté au mal principal. — (*Clinique européenne*, 9 juillet 1859.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

A M. AM. LATOUR.

MONSIEUR ET CHER CONFRÈRE,

En rendant compte dans l'*Union Médicale* du 27 juillet de la séance d'inauguration de l'Association médicale de la Gironde, vous nous adressez des éloges dont nous avons été

vivement touchés. « Le département d'où est partie l'i-
» nitiative de l'Association générale, s'est rallié tout d'a-
» bord et sans hésitation à l'institution adoptée par le
» Gouvernement, quoique cette institution se soit éloignée
» sur quelques points du projet primitif adopté par le Co-
» mité de Bordeaux. C'est là, ajoutez-vous, un grand et no-
» ble exemple de désintéressement et d'esprit de concorde. »
Permettez-nous, Monsieur et cher confrère, de décliner en partie cette bienveillante appréciation de nos efforts et de nos actes. A nos yeux, l'initiative de l'association générale que vous attribuez au département de la Gironde, est inséparable de l'appui que vous lui avez prêté vous-même dans l'*Union Médicale;* et de plus, serait-il juste d'oublier que le nom même de ce journal, fondé par vous, a été comme un appel à l'association, appel répété sous mille formes depuis treize ans?

Mais la glorieuse initiative que votre modestie nous attribue, n'est pas seulement partagée par votre persévérance à préparer les voies, et par votre zèle à faire valoir nos efforts: notre cœur se souvient, comme le vôtre, du secours décisif que nous a courageusement prêté M. Cabanellas. Après avoir présumé la décision favorable à nos vœux de l'Association dont il était Secrétaire général, il est devenu notre ami et notre allié sans cesser d'être l'ami des conservateurs trop zélés qu'il s'efforçait de convertir à notre cause. A lui comme à vous, Monsieur et cher confrère, l'Association générale devra d'avoir surmonté les premiers obstacles qui pouvaient l'ajourner et décourager ses promoteurs.

Et j'omets de parler de M. Garin, de M. Diday, de M. Saurel, de M. Ricord, et des services que leur plume ou leur parole ont rendus à l'Association générale dans la chaleur des polémiques.

Pardonnez-nous donc notre réclamation, et consentez à aténuer la part d'éloges que vous nous distribuez trop libéralement.

Laissez-nous profiter de cette occasion pour nous expliquer sur les quelques points du projet primitif formulé par le Comité de Bordeaux, et dont l'institution adoptée par le

gouvernement s'est éloignée. Comme vous le dites avec beaucoup de vérité, « rien n'est possible en ce monde sans » concessions mutuelles. »

Quelques-uns de ceux qui avaient répondu à l'appel du Comité de Bordeaux se sont abstenus jusqu'ici de prêter leur concours à l'Association générale telle qu'elle est aujourd'hui fondée. Je pense qu'il ne sera pas inutile de dire à ceux-là en quoi nous avons été satisfaits, en quoi déçus, et pourquoi la part du bien décidément conquis nous a paru suffisante, non pas seulement pour déterminer notre adhésion, mais encore pour exciter notre vive gratitude.

Avouant nos griefs avec franchise, nous acquerrons le droit de ne rien cacher à nos amis de nos satisfactions.

Abordons franchement le reproche le plus sérieux qui ait été fait aux dispositions réglementaires de l'Association générale.

« Art. 36. Est apte à faire partie d'une des Sociétés unies » dans l'Association générale, *tout médecin* pouvant exercer » en France en vertu des lois, etc. »

« *Tout médecin* », c'est-à-dire les docteurs et les officiers de santé.

Le Comité de Bordeaux avait proposé de calquer, autant que l'extension au territoire entier de l'Empire le rendait possible, les statuts de l'Association générale sur les statuts de l'Association des médecins de la Seine fondée par Orfila. En conséquence, il n'était pas d'avis d'admettre les officiers de santé. Des motifs de convenance que chacun appréciera, nous ont empêché et nous empêchent encore de développer nos arguments devant le public. Mais nous l'avouons sans répugnance, notre résistance, qui croyait s'appuyer sur la logique du fait acquis par le succès de l'Association de la Seine, sur l'intérêt bien compris de la société française et sur l'intérêt même du Corps médical, s'est laissée désarmer par les adversaires qui ont invoqué la bienfaisance sans exclusion ni réserve. Les hommes, avons-nous pensé, qui se croyant en possession de la vérité absolue, se refusent aux compromis de la vie sociale sous prétexte de dissidence inconciliable, réfugient leur orgueil blessé dans la contemplation de

leur personnalité; ils se condamnent à l'impuissance et à l'inaction plutôt que de céder quelque chose à l'opinion d'autrui. Pour nous, quelle que fût notre confiance dans la rectitude de nos jugements, nous n'avons pas cru devoir soutenir comme dernier ultimatum l'opinion que notre éloquence n'avait pas su faire prévaloir, et nous restons persuadés qu'il résultera toujours plus de bien de l'Association générale entrée dans le domaine des faits, et perfectible comme toutes les institutions humaines, que de perpétuelles discussions tombant chaque jour dans le domaine du néant.

Poursuivons l'exposé de nos mécomptes : L'espoir nous avait souri, vous le savez, de voir le Corps médical saisi de nouveau d'une question relative à sa propre amélioration morale et matérielle. Le Président de l'Association avait lui-même adopté le principe de la délibération par chacun des Corps médicaux constitués, du projet préparé par la Commission d'organisation ; mais l'approbation de ce projet par l'autorité supérieure est venue devancer l'exécution des promesses de M. Rayer. Ce fut pour nous une déception véritable. Mais à qui la pouvions-nous imputer ? Un peu de réflexion nous fit bientôt comprendre que dans la situation politique du pays, la discussion généralisée d'un grand projet d'association médicale était plus qu'une impossibilité et une utopie : c'était..... une inconvenance.

Nous avions espéré que les médecins de province, au nom de qui la présidence de l'Association avait été offerte à M. Rayer, seraient représentés dans la Commission d'organisation; un peu plus tard, nous avions pensé que le titre honorifique de fondateurs de l'Association serait offert aux présidents des Corps médicaux qui avaient adhéré collectivement au premier projet d'association générale. Il nous semblait que, moyennant cette concession courtoise au chaleureux empressement des confrères de province, en tête desquels s'inscrivaient : la Faculté de Médecine de Montpellier, les médecins de la ville de Lyon, l'Association médicale du département de l'Aube, la Société de Médecine de Besançon, l'Association médicale du département de l'Indre, l'École de Médecine de Tours, la Société de Médecine de

Nancy, les médecins de la ville de Valenciennes, la Société médicale du 11e arrondissement de Paris, les médecins de la ville de Limoges, l'Association médicale de la Charente, l'Association médicale du Loiret et de nombreuses corporations moins importantes, il nous semblait, dis-je, que moyennant cette concession, la nouvelle institution s'assurait le concours des 1,600 confrères qui avaient adhéré à la proposition formulée par le Comité de Bordeaux.

Puisque l'Association de la Seine voulait se réserver l'avenir, dans la crainte, exagérée sans doute, mais éminemment respectable, de compromettre le bien qu'elle avait déjà réalisé, nous eussions désiré qu'on cherchât le dévouement collectif à la nouvelle institution ailleurs qu'à Paris, c'est-à-dire là où ce dévouement s'était manifesté; mais la Commission d'organisation, fortifiée par les plus grands noms scientifiques dont le pays s'honore, a cru sans doute qu'elle pouvait se passer des médecins de province, qui ne lui eussent apporté qu'un appui moral pendant le cours de ses délibérations. Pourtant, les délibérations terminées, une association comme celle qu'on entreprenait de fonder, et qui recevait le titre solennel de *générale*, avait besoin d'appliquer son principe à sa fondation même. Un escadron de maréchaux ne suffisait pas pour gagner la bataille: peut-être fallait-il commissionner des recruteurs sur tous les points du territoire, et les intéresser à l'œuvre commune en leur disant: Notre victoire sera la vôtre. Ces recruteurs n'étaient-ils pas nécessairement les Présidents des Corps médicaux qui avaient imprimé le premier mouvement vers la pratique de l'Association générale? Cela nous paraît incontestable.

A nos yeux, la Faculté de Médecine de Montpellier, l'Association lyonnaise, etc., etc., devaient jouer un rôle prépondérant dans l'organisation de l'Association générale.

Est-ce à dire que tout soit perdu? Loin de là notre pensée. En se saisissant du monopole du dévouement à l'œuvre commune, la Commission d'organisation a refroidi nécessairement le zèle des hommes auxquels elle se substituait; mais ses longues délibérations, ses études approfondies, la popularité de ses membres, l'affectueux respect qui entoure son

illustre Président, tout cela ne restera pas stérile. Aussi nous ne craignons pas de dire à nos amis :

N'est-ce pas assez que le bien se fasse ? Faut-il donc qu'il se fasse par vous-même et par les moyens seulement que vous préférez ?

Bientôt l'Institution, maîtresse d'elle-même, se sentira vivre dans la première assemblée générale annuelle [1], où se rencontreront les Présidents et les délégués des Associations locales, où seront librement élus les membres du Conseil général de l'Association. Bientôt les Associations locales agrégées comprendront la puissance d'une solidarité confraternelle, car l'Association est un principe supérieur aux passions comme aux intérêts individuels : c'est la société même particularisant ses bienfaits pour les hommes d'une même profession.

Tous ceux qui ont consacré leurs efforts à la formation d'une Association dans l'espoir d'améliorer la condition du Corps médical, de lui donner un esprit commun, une volonté positive dans sa marche vers les progrès immenses qu'il s'agirait de réaliser, tous ceux-là doivent-ils attendre des temps meilleurs? Le grand nombre d'hommes de cœur qui exercent la plus noble des professions doivent-ils continuer de prendre pour unique but, dans cette société pleine d'inconséquences et de bizarre crédulité, leur fortune personnelle et leur égoïsme satisfait ? C'est ce que fera connaître l'événement décisif de cette première assemblée générale.

A ceux qui se déclarent découragés par les difficultés d'exécution, à ceux qui disputent des intérêts de clocher, à ceux qui dédaignent tout ce qui ne tend pas *directement* à la répression du charlatanisme et au perfectionnement de la législation professionnelle, nous rappellerons ces belles paroles qu'a prononcées M. Diday au banquet de l'*Union Médicale* [2], où l'Association générale était fêtée pour la première fois : « Espérons tout du désintéressement de notre but, de » la pureté de nos intentions. Il est permis d'attendre sans » découragement, lorsqu'on peut à si juste titre s'appliquer

[1] Au mois d'octobre 1859; art. 52 des Statuts.

[2] Le 15 avril 1858.

» ces paroles du livre saint : *Cherchons d'abord à exercer la*
» *charité dans sa plénitude, le reste nous sera donné par*
» *surcroît.* »

Agréez, Monsieur et cher Confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments affectueux et dévoués.

J. JEANNEL.

CHRONIQUE.

NÉCROLOGIE.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons une douloureuse nouvelle : M. Arthaud, président de l'Association des médecins de la Gironde, est mort subitement le 16 août. M. Arthaud, ancien président de la Société de médecine, médecin honoraire de l'hôpital Saint-André, ancien membre du Conseil d'hygiène et du Jury médical, avait publié des travaux estimables sur la morve et sur la pellagre. C'est lui qui, le premier, considéra le carbonate de chaux des eaux potables comme jouant un rôle hygiénique; cette opinion fut plus tard adoptée par Dupasquier dans son Traité des eaux de sources et des eaux de rivière. Esprit à la fois philosophique et fin, il soutint l'unité de la race humaine dans un discours resté dans le souvenir des hommes de science. Praticien habile et exercé, confrère excellent, homme sachant le monde, il s'était fait partout des amis par une urbanité exquise qui prenait sa source dans une véritable bonté.

Il y a quelques années, cédant au besoin de loisir et de repos, il quitta tout à coup sa clientèle, qui devenait de plus en plus nombreuse, et se retira dans un petit domaine qu'il possédait à la Ramière, près Tonneins. Mais ses anciens clients comme ses anciens confrères lui gardaient une véritable affection; il revenait parfois à Bordeaux pendant les mois d'hiver, et il jouissait, avec la bonhomie d'un vrai philosophe, des fêtes que lui faisait la bienveillance universelle. C'est dans sa retraite un peu rustique et un peu dorée, que, moitié campagnard et moitié citadin, il composa son ouvrage intitulé *La Vigne*, où il s'est montré à la fois œnologue éclairé par la science et défenseur du plus charmant paradoxe que puissent soutenir les amis de la vigne. Cet ouvrage, qui révélait un talent littéraire plein de grâce

méridionale et de verve gauloise, allait ouvrir à son auteur les portes de l'Académie.

Il y a peu de jours à peine, M. Arthaud, que nos suffrages unanimes avaient désigné comme candidat à la présidence de l'Association médicale du département, prononçait au milieu de nous, dans la séance d'inauguration, ce discours qui, après avoir excité nos applaudissements, était devenu presque un événement pour l'Association générale des médecins de France.

Il était de ces hommes qui grandissent dans l'opinion de leurs concitoyens à mesure qu'ils avancent dans la carrière, et dont la mort excite d'unanimes regrets, à cause des services qu'ils auraient pu encore rendre et des amitiés qu'ils eussent encore entretenues et charmées. J. J.

— La satisfaction que nous avons de pouvoir annoncer la convalescence confirmée de notre collègue M. Chaumet est troublée par un cruel événement: M. Chaumet fils, étudiant en médecine, qui était venu à Bordeaux pour donner des soins à son père, vient d'être enlevé par une scarlatine maligne.

— M. le Dr Soulé, Vice-Président du Conseil d'hygiène et de Salubrité de la Gironde, vient de donner sa démission de membre titulaire de ce Conseil.

— Par un arrêté récent de M. le Préfet de la Gironde, ont été nommés membres du Conseil d'hygiène M. le Dr Gellie, médecin des prisons, en remplacement de M. le Dr Soulé, et M. Perrens, secrétaire général de la Société de Pharmacie, en remplacement de M. Guimard, décédé.

— Dans sa séance du 8 août, tenue sous la présidence de M. le Préfet, le Conseil d'hygiène a élu, à la suite d'un double scrutin, vice-président, M. le Dr Levieux, et secrétaire général, M. Henri Gintrac, médecin des épidémies. M. le Dr Levieux avait rempli depuis huit années, avec un grand zèle et un véritable succès, les fonctions de secrétaire général.

Les travaux du Conseil d'hygiène ne peuvent que gagner à la nomination de ces deux fonctionnaires.

Hospices civils de Bordeaux. — Concours public pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices. — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours, et les épreuves commenceront le lundi 12 décembre prochain.

Conformément aux dispositions du règlement du 14 décembre

1855 et de la délibération du 23 décembre 1858, les concurrents déposeront au secrétariat de l'administration des hospices, rue de Cheverus, 13, avant le 25 novembre :

1° Les pièces prouvant qu'ils ont au moins vingt-cinq ans accomplis et qu'ils sont Français ou naturalisés Français, et un certificat de bonnes vie et mœurs;

2° Leur diplôme, constatant qu'ils sont docteurs en médecine ou en chirurgie de l'une des Facultés françaises, et une note des titres scientifiques qu'ils peuvent faire valoir;

3° L'engagement de se conformer aux règlements du service de santé des hôpitaux et hospices de Bordeaux.

Le jury, composé des chefs de service de l'hospice Saint-André et de quatre chirurgiens honoraires, prononcera sur :

1° Une dissertation orale relative à un sujet d'anatomie chirurgicale et de pathologie externe;

2° Une dissertation écrite sur un sujet de chirurgie;

3° Une épreuve clinique ayant pour objet deux malades choisis dans les salles de chirurgie;

4° Deux opérations pratiquées sur le cadavre, avec démonstration.

Les mêmes sujets seront traités par tous les concurrents. Il est accordé six heures pour la composition écrite, une heure pour la dissertation verbale, précédée d'une demi-heure de réflexion; une heure pour l'épreuve clinique, et une heure pour les deux opérations chirurgicales.

Pendant la durée de ses fonctions, le chirurgien adjoint remplacera, en cas d'absence, le chirurgien titulaire, auquel il sera attaché, et fera, aux époques qui lui seront assignées, le service mensuel des admissions et des consultations à l'hôpital Saint-André.

Les fonctions d'adjoint sont gratuites, sauf dans le cas de remplacement du titulaire pendant un ou plusieurs mois et le service des admissions, conformément aux article 17 et 30 du règlement précité.

Le chirurgien adjoint deviendra titulaire par délibération de la commission, successivement :

1° Dans les hospices des Enfants-Trouvés, des Vieillards et des Incurables;

2° A l'hôpital Saint-André.

La durée de ses fonctions dans cet hôpital sera de cinq ans.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Juillet 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	18	29	24	764	763	Sud.	Beau.	Très-belle journée.
2	22	31	24	763	763	Sud.	Beau.	*Idem*.
3	23,5	30	24,5	763	765	Sud.	Beau.	*Id.*, vent vif.
4	22,5	31	25	765	766	N-O.	Beau.	Journée accablante.
5	23	32,5	25,5	766	766	Est.	Beau.	*Idem*.
6	23,5	35	26	767	767	Nord.	Beau.	*Idem*.
7	24,5	35,5	26	766	765	Nord.	Beau.	*Id.*, Ciel brum. le soir.
8	23,5	28,5	25	765	766	Nord.	Beau.	Ciel brum. le matin.
9	23,5	30	25,5	767	766	Nord.	Beau.	Très-belle journée.
10	24	31,5	25	765	764,5	Est.	Beau.	*Idem*.
11	25	33,5	27	764,5	764,5	Est.	Beau.	Journée très-chaude.
12	23,5	34	28	767	767	Est.	Beau.	La nuit est accablante.
13	24,5	35	30	766,5	767	Nord	Beau	*Idem*.
14	25	35,5	30	767	767	N-E	Beau.	*Idem*.
15	26	37,5	30	766	766,5	N-E.	Beau.	*Idem*.
16	24	31,5	27	767	767	Nord.	Beau.	Journ. chaude et fatig.
17	22	32	25	766	762	Nord.	Beau.	*Idem*.
18	24,5	31,5	23	761	758,5	Sud.	Beau.	Ciel nuag., or., pl. le s.
19	22	32	24	760	760	Sud.	Beau.	*Idem*.
20	22	31,5	22	760	760	Sud.	Couv.	Or. la journée, pl. le s.
21	20	27	21	762	762	Ouest	Couv.	*Idem*.
22	19	24	18	763	763	N-O.	Couv.	Un peu de pl. la journ.
23	16	25	18	763	763	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
24	17	26	19	764,5	764,5	Ouest	Beau.	*Id.*, un peu de pl. le s.
25	17	25	18	764,5	764,5	N-O.	Beau.	Ciel nuageux.
26	17	24,5	19	766	767	N-O.	Beau.	*Idem*.
27	17,5	27	20	767	767	N-O.	Beau.	Très-belle journée.
28	20	30	23	767	766	N-O.	Beau.	*Idem*.
29	23	32	25	764	763	N-O.	Beau.	*Idem*.
30	23	31,5	25	763	762	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
31	22	31	24	762	762	Ouest	Beau.	*Idem*.

Résumé des observations météorologiques de Juillet 1859.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	26° le 15	37°5 le 25	23° les 13, 14 et 15
Moindre.............	16° le 23.	24° le 22.	18° les 22, 23 et 25
Moyen..	22° les 2, 17, 20, 29 et 31.	31° les 2, 4 et 31.	24° les 1, 2, 19 et 31.

Chaleur du milieu du jour : 22 jours de 30° à 37°5 ; 9 jours de 24° à 29°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	767 mill. les 6, 9, 12, 13, 14, 16, 26, 27 et 28.
Minimum............... ...	758,5 mill. le 18.
Medium.....	764,5 mill. les 11, 24 et 25.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord........	7	fois.
nord-ouest..	7	»
ouest.... ...	5	»
sud-ouest.. .	»	»
sud..........	6	»
nord-est.....	2	»
sud-est.....	»	»
est...........	4	»

VENTS DOMINANTS : Nord et Nord-ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux........	28.
couverts......	3.
pluie..	»
orage	4.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de Juillet a été remarquable par la haute température et la grande sécheresse qui ont régné presque sans interruption pendant tout le mois. Il faut remonter à des époques fort éloignées pour retrouver une température de 31° pour moyenne du milieu du jour. Il est aussi fort intéressant de faire remarquer que cette moyenne augmente, depuis quelques années, d'une manière très-sensible; ainsi, depuis 1854 nous trouvons la moyenne du mois de juillet représentée par les chiffres progressifs 23°, 24°, 25°, 28°, et enfin 31°. — A peine nous avons à signaler quelques orages accompagnés d'une pluie bienfaisante mais peu prolongée. Le baromètre a peu varié; il s'est presque toujours maintenu au dessus de la hauteur moyenne.

Bordeaux. Imp G. GOUNOUILHOU, Suc^r de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

COMPTE RENDU

des maladies chirurgicales observées pendant l'année 1858 dans le service de M. le Dr DENUCÉ, *professeur adjoint de clinique externe.*

J'ai donné des soins dans le service de l'hôpital qui m'a été confié pendant le cours de l'année 1858, à 740 malades : 510 hommes et 230 femmes. De ces 740 malades, 48 (30 hommes et 18 femmes) étaient en traitement le 1er janvier; 692 (480 hommes et 212 femmes) sont entrés dans le service du 1er janvier au 31 décembre. Sur ce même nombre, 632 (448 hommes et 144 femmes) sont sortis de l'hôpital; 42 (22 hommes et 20 femmes sont morts; 66 (40 hommes et 26 femmes) restaient en traitement le 1er janvier 1859.

Les affections observées sur ces 740 malades offrent le dénombrement suivant :

Contusions, 54; plaies, 39; brûlures, 16; gangrènes, 6 (4 spontanées et 2 acquises); pourriture d'hôpital, 1 (2 autres cas ont éclaté dans le service sur des malades atteints de plaies); érysipèle spontané, 7 (en outre 17 cas d'érysipèle et 3 cas d'angioleucite intercurrents); anthrax et furoncles, 18; ulcères, 58; ulcérations syphilitiques de forme diverse, 38; phlegmons, 24; phlegmons diffus, 16; abcès chauds, 25; abcès

froids, 11; panaris, 25; ostéite et carie, 17; nécrose 2; abcès par congestion, 7; fractures, 57; arthrites, 7; ankyloses, 2; hydarthroses, 3; tumeurs blanches, 30; entorses, 13; luxations, 9; anévrysmes, 1; phlébite, 3 (en outre 8 cas d'infection purulente, compliquant d'autres maladies); varices, 10; adénites, 30; entropion, 3; ectropion, 3; blépharite, 5; conjonctivite 25; ophthalmie purulente, 8; kératite, 13; pannus, 1; iritis, 4; staphylôme, 4; cataractes, 12; amaurose, 4; tumeur lacrymale, 2; otite, 1; polypes du nez, 2; bec de lièvre, 1; grenouillette, 1; thyroïdite, 1; torticolis, 1; mammite, 10; hypertrophie du sein, 1; hernies, 10; abcès et fistules à l'anus, 9; chute du rectum, 2; hémorrhoïdes, 2; orchite, 6; hydrocèle, 2; prostatite, 4; cystite, 2; blennorrhagie, 2; rétrécissement de l'urètre, 7; abcès urineux, 2; phymosis, 2; déplacement utérin, 2; polype utérin, 1; phlegmon du ligament large, 1; fistule vésico-vaginale, 2; métrite, 2; atrophie musculaire du membre inférieur, 1; rétraction aponévrotique d'un doigt, 1; bride cutanée de la main, 1; ongle incarné, 4; kyste séreux, 1; kyste sanguin, 1; hygroma, 1; mélanose de l'œil, 2; tubercule du testicule, 1; cancroïdes et cancers, 19. Je ne note pas quelques malades venus dans le service comme reposeurs.

Nous allons reprendre successivement ces diverses affections, en nous arrêtant spécialement sur les observations qui offrent quelque intérêt.

Contusions. — Sur les 54 contusions, il en est beaucoup qui n'offrent aucun intérêt; quelques détails statistiques peuvent seuls trouver ici leur place. Sous le rapport des sexes, nous trouvons 42 faits qui appartien-

nent à des hommes, et 12 seulement à des femmes.

Dans 31 cas, le siége a été noté. Ces cas se distribuent ainsi :

Contusions	siégeant	à la tête	1
—	—	à la face	3
—	—	sur les parois thoraciques	5
—	—	sur le sein	1
—	—	à l'épaule	3
—	—	à la main	2
—	—	à la cuisse	2
—	—	à la jambe	12
—	—	au pied	2
			31

Relativement aux causes qui ont produit ces contusions diverses, elles se groupent sous un petit nombre de chefs : 14 fois sur 30 cas dont les causes ont été relevées, il s'agit de chutes simples sur le sol ou contre des corps extérieurs, tels qu'une pierre, un madrier, etc.; souvent de chutes faites d'un lieu élevé; 2 fois, par exemple, d'un échafaudage, 1 fois du haut d'une échelle, 1 fois du haut d'un escalier; quelquefois, le lieu d'où se fait la chute est non-seulement élevé, mais doué d'un mouvement qui augmente la force d'impulsion, telles sont une chute de voiture, une chute de cheval; très-souvent, la contusion a lieu par suite du choc d'un corps extérieur en mouvement : ainsi, 2 fois, ce sont des coups de poing et de pied, 1 fois des coups de bâton, 1 fois un coup de brancard, 4 fois la chute d'une pierre ou d'une planche sur un point du corps, 3 fois enfin les contusions ont été produites par la pression exercée sur une partie prise entre une voiture et une muraille.

Les mécanismes suivant lesquels la contusion a été produite, se ramènent, comme on le voit, à une loi com-

mune. La contusion se produit, en effet, sur des parties molles qui se trouvent interposées entre un plan résistant et un corps doué d'une force d'impulsion. Tantôt la force d'impulsion vient du corps lui-même et se trouve transmise par les os, le plan résistant est un objet extérieur; tantôt la force d'impulsion appartient à un objet extérieur, le squelette devient alors le plan résistant; tantôt, enfin, la force d'impulsion, ainsi que la résistance, appartiennent à des objets extérieurs, entre lesquels le corps se trouve pris.

Les diverses contusions que nous avons eu à observer ont été traitées : les plus graves, les plus étendues par quelques émissions sanguines; toutes par l'emploi des liquides résolutifs (eau-de-vie camphrée, teinture d'arnica, etc.); 4 cas seulement ont offert quelques particularités dignes d'être notées.

1° Un homme reçoit un coup de brancard sur le côté. La douleur, légère pendant huit jours, s'accroît subitement. La partie contuse devient rouge et tendue. Des symptômes généraux graves apparaissent; frissons violents, fièvre, etc. Un abcès volumineux se forme; les accidents cessent dès qu'il est ouvert. Le malade guérit rapidement.

2° Un homme se heurte à la tête. La contusion est légère; il existe un peu d'éraillure à la peau. Le quatrième jour, sans cause appréciable, le malade est pris d'un frisson; un érysipèle grave se déclare sur le cuir chevelu, et se termine, après avoir fait courir des chances sérieuses au malade, par deux abcès volumineux, l'un dans une des paupières supérieures, l'autre dans la région parotidienne.

3° Un homme fait une chute de vingt pieds de hant;

il tombe sur la figure. A la suite de cette chute, il présente les accidents de la commotion cérébrale; en outre, l'œil est fortement gonflé, et il existe au niveau de l'os malaire une forte dépression qui s'accompagne d'une sorte de crépitation pouvant faire croire à la fracture de l'os malaire. Les symptômes de commotion ont cessé rapidement. La laxité des tissus de la paupière, l'adhérence au contraire de la peau à l'os malaire expliquent et le gonflement de l'œil et la dépression au niveau de l'os malaire. La crépitation était due à un épanchement sanguin.

4° Un homme reçoit un coup de bâton à la jambe; il survient une bosse assez peu considérable siégeant sur la face interne du tibia. Cette bosse sanguine s'enflamme; elle est ouverte largement; on peut alors constater que l'épanchement sanguin s'était produit entre le périoste et l'os, en sorte que l'évacuation du pus et du sang laisse à nu une partie du tibia, qui s'est nécrosée, et ne s'est complétement éliminée qu'après trois mois et demi de traitement.

Plaies. — Des 39 plaies, 27 ont été observées sur des hommes et 12 sur des femmes. Elles se distribuent sous le rapport du siége de la façon suivante :

Plaies du front........	3	Plaies du poignet....	1
— de l'œil........	3	— de la main....	4
— de la joue......	1	— des doigts....	9
— de l'oreille......	1	— de la cuisse...	1
— du menton......	1	— du genou.....	2
— du dos.........	1	— de la jambe...	4
— du bras........	1	— du pied......	4
— de l'avant-bras..	1	— des orteils....	2

Dans 27 cas où la nature de la plaie a été notée, j'en

trouve 12 produites par instrument tranchant, 3 par instrument piquant, 5 par instrument contondant, 4 par écrasement; 3 par morsure.

J'analyserai rapidement celles de ces observations qui me paraissent offrir quelque particularité notable.

Des 11 plaies par instrument tranchant, il en est 7 produites par des couteaux, 1 par une hache, 1 par un ciseau de menuisier, 1 par des ciseaux de couturière, 1 dernière, enfin, par un éclat tranchant de fer.

L'une des plaies produites par un couteau a porté sur l'œil d'une femme; la sclérotique et le bord de la cornée ont été entamés; l'iris a été atteint; une petite quantité d'humeur aqueuse s'est échappée par la plaie; une violente ophthalmie a suivi l'accident. Elle a été vigoureusement combattue par les antiphlogistiques et les irrigations. La plaie s'est cicatrisée sans opacité de la cornée; il existait seulement une légère dépression de la sclérotique, un coloboma prononcé de l'iris, et une paralysie de la rétine qui entraînait la perte de la vision.

Dans un autre cas, la plaie siégeait sur l'œil d'un homme; elle avait été produite par un éclat de fer. Le corps étranger était resté dans la plaie; il faisait une très-légère saillie à l'extérieur. La plaie paraissait à cheval sur la sclérotique et la cornée; la vision était empêchée ou très-obscure depuis l'accident. Ce malade m'avait été amené par M. Dubois, médecin-oculiste. Nous lui fîmes respirer un peu de chloroforme, et je procédai à l'extraction du corps étranger : celui-ci, qui avait été saisi à l'aide de fortes pinces, opposant une résistance énergique aux tractions opérées, je dus pratiquer, au voisinage de la plaie, le débridement des

membranes de l'œil; je parvins ainsi à retirer une lamelle de fer qui avait plus d'un centimètre carré. Le malade guérit d'ailleurs assez rapidement. L'œil se cicatrisa; il conserva sa forme, quoique un peu diminué de volume. La vision était, comme dans le cas précédent, complétement perdue de ce côté.

Deux autres plaies par instrument tranchant ont été assez importantes : l'une, produite par un coup de hache, intéressait la partie interne du genou et du creux poplité; elle avait atteint la couche musculaire, le vaste interne et le couturier. Le membre a été tenu dans l'extension, la réunion a été obtenue, et les fonctions du membre se sont complétement rétablies.

L'autre résultait d'un coup de couteau qu'un garçon cocher s'était donné par maladresse dans la paume de la main. L'arcade palmaire superficielle avait été divisée; l'hémorrhagie était assez abondante. Avec l'aide de M. le Dr Garat, que le service de la consultation appelait alors à l'hôpital, je parvins à saisir et à lier les deux bouts de l'artère dans la plaie : la plaie guérit du reste très-simplement.

Les trois plaies produites par instrument piquant ont été occasionnées : l'une, par un clou enfoncé dans la main; l'autre, par une aiguille enfoncée à la face externe du pied, au-dessous de la malléole; la troisième, par une baïonnette dont des coups multipliés avaiént été portés à l'avant-bras et à la cuisse d'une femme. Il est à remarquer que ces trois plaies par instrument piquant ont entraîné des accidents assez graves : le premier, un phlegmon diffus de la main; le second, un phlegmon du pied tenant au séjour dans la plaie d'une portion de

l'aiguille; le troisième, des accidents généraux assez graves en raison d'une inflammation locale très-intense. Sur les douze cas de plaies par instrument tranchant, une seule, faite avec des ciseaux dont une femme se servait pour couper ses cors, avait produit des accidents analogues.

Les cinq plaies par instrument contondant étaient dues : l'une, à une plaque de tôle qui, tombant sur le bout du médius, avait enlevé la pulpe et l'ongle; la seconde, à la chute d'une pierre sur le medius et l'annulaire, qui avaient été dénudés d'une semblable manière à leur extrémité. Les trois autres, siégeant, l'une au pied, les deux autres à la jambe, résultaient du choc d'une planche, d'une masse de fer et d'une pince en fer. De ces cinq plaies, les deux dernières ont seules donné lieu à quelques accidents; l'une a été suivie de phlegmon diffus, l'autre a déterminé une dénudation du tibia accompagnée bientôt d'un érysipèle; il s'est produit ultérieurement une exfoliation insensible de l'os; la plaie s'est couverte de bourgeons et s'est cicatrisée.

Les plaies par écrasement ont toutes été produites par des engrenages. Elles n'ont porté que sur les doigts et les orteils; elles n'ont pas offert de gravité. L'irrigation continue nous a, comme toujours dans ces cas, rendu les plus grands services.

Enfin, des plaies par morsure, deux avaient été faites par des dents humaines : l'une d'elles, siégeant au bras, a entraîné un phlegmon diffus qui a nécessité de larges incisions; la troisième avait été produite par un cheval : le malade est entré dans le service après la cicatrisation de la plaie, qui siégeait dans le dos. Une douleur, assez

vive pour empêcher le malade de travailler, persistait en ce point. Après huit à dix jours de séjour dans le service, ce malade s'est plaint de douleurs dans toutes les articulations. Il passa alors dans le service de médecine de M. Moussous. Là, de nouveaux phénomènes se développèrent; les symptômes qui survinrent ne tardèrent pas à revêtir la forme de ceux de la morve aiguë et à emporter le malade.

Brûlures.—Les brûlures, au nombre de 16, 14 chez les hommes, 2 chez les femmes, ont été déterminées : 5 par le contact des flammes, 4 par du verre fondu dans des travaux de verrerie, 3 par du fer rougi, 2 par des liquides en ébullition, 1 par des acides concentrés. Ces diverses brûlures n'ont été ni très-étendues ni très-profondes. Elles n'ont frappé que les extrémités; elles n'ont pas dépassé le troisième degré. Le liniment oléo-calcaire et le cérat opiacé en ont facilement triomphé.

Je range dans l'histoire des brûlures l'observation d'une jeune fille de vingt ans qui s'était brûlé la main droite à douze ans, et chez laquelle il s'était produit des cicatrices vicieuses qui gênaient l'usage de la main. L'annulaire et l'auriculaire étaient unis dans presque toute leur étendue; en outre, une forte bride cutanée existant sur la face dorsale de ce dernier et du côté cubital de la main, avait attiré l'extrémité du petit doigt en arrière, et amené progressivement une luxation en avant de la deuxième phalange sur la première. Pour remédier à cette difformité, je commençai par séparer les deux doigts l'un de l'autre, à l'aide d'une incision menée jusqu'à la racine des doigts. Pour redresser le petit doigt et lui rendre sa longueur, il fallait ensuite

faire une section transversale de la bride longitudinale cutanée dont j'ai parlé précédemment; mais il était évident qu'une simple section transversale, lorsque le doigt aurait repris sa longueur, laisserait dans le point où elle aurait été faite une grande perte de substance qui aurait le double inconvénient de demander beaucoup de temps pour se cicatriser, et en se cicatrisant, de tendre constamment à reproduire la difformité. Pour lever cette double difficulté, je substituai à une section transversale de la peau une série de quatre incisions obliques en forme d'M. La bride se trouvant interrompue, le doigt qui n'était point ankylosé put être ramené dans sa position et maintenu à l'aide d'un appareil, tandis que, d'autre part, la perte de substance à la peau se trouvait transformée en une série de plaies obliques, dont les bords pouvaient être rapprochés, soit par l'art, soit par le travail de la cicatrisation, sans nuire à l'allongement du doigt.

Gangrènes. — Six malades ont présenté dans le service des faits de gangrène grave. Deux fois la gangrène n'était qu'un phénomène survenu dans le cours d'une autre affection : ainsi, une escarre au sacrum chez une femme atteinte d'anus contre nature, une escarre au sacrum et à la région trochantérienne chez une malade atteinte de carie des os du bassin. Dans ces deux cas, l'escarre, devenue très-considérable, a hâté la fâcheuse issue de la maladie. Deux malades sont entrés dans le service avec une gangrène spontanée ou sénile des extrémités inférieures. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, vigoureusement constitué, qui éprouvait depuis quelque temps des douleurs vives dans la

jambe et dans le pied droit. Le membre avait pris une couleur violacée, puis une plaque noire est apparue sur le dos du pied et sur la jambe. La plaque s'est étendue et a envahi en dix jours tout le pied et toute la jambe. Le membre était noir, sec, dur, raccorni, comme momifié; l'artère crurale formait un cordon dur, facile à reconnaître. Les symptômes généraux se sont aggravés avec la maladie locale; le malade est mort épuisé et dans la plus vive souffrance. L'autopsie a révélé une tendance générale du système artériel à l'ossification. — D'un autre côté, une femme de quarante-quatre ans, qui avait éprouvé sans cause connue une douleur siégeant sur le petit orteil gauche, vit également apparaître une tache noire sur cet orteil. Elle entra à l'hôpital. Traitée par les applications de quinquina et par le quinquina à l'intérieur, elle eut le bonheur de voir le mal se limiter, l'extrémité de l'orteil se détacher et la plaie guérir. Les artères ne m'ont pas paru ossifiées dans ce cas.

Un autre fait de gangrène s'est montré dans les conditions suivantes : un homme, qui était entré dans une salle de médecine pour une affection interne, est pris à la suite d'un frisson d'un érysipèle de la partie inférieure de l'abdomen. L'érysipèle s'étend en bas jusqu'au scrotum, qu'il envahit; en dehors, il dépasse la crête iliaque et gagne la fesse et la partie supérieure de la cuisse. L'érysipèle, d'abord simple, prend bientôt les allures de l'érysipèle phlegmoneux et gangréneux. Le malade est porté dans mes salles. De larges incisions sont pratiquées sur la paroi antérieure de l'abdomen, sur le haut de la cuisse, sur la peau des bourses; il s'é-

chappe des flots de pus mal lié et des lambeaux de tissu cellulaire sphacelé. La gangrène se limite. Une large plaque de la peau de l'abdomen, de 20 centimètres de longueur depuis la ligne blanche jusqu'en dehors de la crête iliaque, de 10 centimètres de largeur depuis l'ombilic jusqu'au pubis, se détache; d'autre part, la peau des bourses tout entière tombe comme si elle avait été séparée circulairement au niveau de leur racine, laissant à nu les testicules dans leur enveloppe fibreuse. De semblables dégâts ont été nécessairement accompagnés d'accidents généraux graves, que le malade a cependant surmontés, grâce à des pansements faits avec beaucoup de soin, et à une médication tonique. Le plus curieux a été de voir la réparation qui s'est faite par voie de cicatrisation. La vaste plaie du ventre s'est comblée peu à peu par la formation d'un peu de tissu inodulaire et l'attraction exercée tout autour de la plaie sur les parties saines. Les testicules ont également bourgeonné, et n'ont plus formé qu'une masse qui, soumise aux lois de la cicatrisation, s'est peu à peu invaginée dans le petit fourreau de peau laissé à la racine des bourses. Après la guérison, la cicatrice était peu considérable et tout à fait au-dessous des testicules. Ceux-ci étaient recouverts de peau et comme resserrés dans un suspensoir un peu étroit.

Enfin, le dernier cas de gangrène a été produit par congélation, sur un marin qui pendant toute une nuit d'hiver était resté sur le pont de son navire. Les extrémités des deux gros orteils s'étaient congelés, puis les parties molles se sont éliminées, laissant les extrémités des phalanges à nu. Le travail d'élimination de ces os

s'étant fait attendre et le malade étant pressé de reprendre ses occupations, j'ai pratiqué la résection des deux os. La guérison s'en est suivie rapidement.

Pourriture d'hôpital. — Un malade, atteint de pourriture d'hôpital, est venu du dehors dans le service. C'est un marin venant des Mers du Sud, qui s'était fait une plaie au talon, et qui, durant la traversée, avait vu cette plaie s'envenimer, s'agrandir et se recouvrir d'une masse grisâtre et gangréneuse. A son entrée à l'hôpital, je n'eus pas de peine à reconnaître un cas de pourriture d'hôpital. Cet homme était très-amaigri, très-pâle, comme épuisé et anémique. Un bon régime, une médication tonique, lui furent aussitôt imposés. Dès le lendemain de son arrivée, je pratiquai sur la plaie du talon, qui était large comme la main, qui s'étendait jusqu'à la malléole externe, et qui était recouverte d'une couche grisâtre épaisse, diffluente et fétide, une profonde cautérisation avec le fer rouge. La pourriture d'hôpital céda en grande partie à cette première application. L'escarre se détacha, laissant une surface rouge. Cependant, cinq jours après la première cautérisation, quelques points isolés grisâtres apparurent de nouveau sur la plaie. En deux jours, ces points s'étendirent et s'épaissirent, et formèrent une nouvelle plaque gangréneuse. Une seconde application du feu en fit justice.

Chose remarquable, ce malade était arrivé dans une salle où depuis plusieurs années il n'y avait pas eu de pourriture d'hôpital; il n'y était resté qu'un jour sans avoir subi la cautérisation, et cependant trois jours après son entrée, je vis la même maladie apparaître sur un homme qui avait une simple blessure du pied, et six

jours après, sur un autre malade qui avait présenté une fracture grave et compliquée de l'avant-bras, et qui était en pleine voie de guérison. L'apparition de la pourriture d'hôpital chez ce dernier faillit même compromettre un très-beau résultat de la chirurgie conservatrice. Il me fallut encore, dans les deux cas, recourir à l'application énergique du feu. Notons que dans ces deux cas, qui attestent d'une manière inattaquable la nature contagieuse de la maladie, les malades, voisins il est vrai l'un de l'autre, étaient assez éloignés du premier malade qui avait importé le germe de la maladie dans la salle. L'énergie avec laquelle j'ai combattu ces trois cas, les précautions que je me hâtai de prendre pour empêcher que les objets qui avaient servi à ces malades (linge, éponges, charpie, etc.) pussent servir à d'autres, me donnèrent la satisfaction de voir le mal borner ses ravages à ces trois malades et ne plus reparaître dans la salle.

(La suite au prochain numéro.)

QUELQUES MOTS

sur l'irrigateur-obturateur vaginal de M. Davanseaux;

par le Dr N. VENOT fils

Si les organes sérieux de la presse médicale doivent refuser leur concours aux tentatives industrielles de certains chercheurs de nouveautés, ils ne peuvent passer sous silence les inventions rationnelles et réellement utiles. Un instrument qui paraît, a bien de la peine aujourd'hui à se glisser dans la pratique usuelle, vu le

nombre et souvent le peu de qualité des instruments nouveaux.

Parmi ceux-là ne doit pas être rangé l'*irrigateur-obturateur vaginal* que nous venons recommander au lecteur. Cet appareil, construit par M. Davanseaux, de Rochefort, présente en effet des avantages incontestables, qui ressortiront immédiatement de la description succincte que nous allons en donner.

C'est une sphère creuse, élastique, en caoutchouc, pouvant contenir jusqu'à 250 grammes de liquide. A cette sphère est adapté un tube en étain, qui se termine par un embout mobile. C'est cet embout qui est la pièce la plus importante et qui constitue le vrai mérite de l'instrument. A la base d'un mamelon conique de 5 centimètres de longueur, légèrement incurvé en haut, et percé au sommet de plusieurs trous divergents, s'étale une plaque métallique de forme elliptique, modelée de façon à s'adapter convenablement à l'orifice vulvaire, et assez étendue pour le dépasser de toutes parts.

On comprend aisément le mécanisme de l'instrument. Pour le charger, il suffit d'enlever l'embout, de comprimer la sphère élastique, de plonger l'extrémité libre du tube dans le liquide à injecter, et de permettre au réservoir de reprendre sa forme et sa capacité premières. L'embout est remis en position; puis la femme étant assise ou couchée, l'irrigateur est placé de façon à ce que la sphère soit tournée en haut, saisie par la main droite. L'embout est introduit dans le vagin jusqu'à ce que la plaque-obturateur vienne s'appliquer sur la vulve, et l'oblitère absolument à la plus légère pression. Il suffit de comprimer la boule en caoutchouc

pour que le liquide pénètre dans le vagin, en distende les plis, en baigne toute la surface. Veut-on qu'il y séjourne? on opère une compression continue. Veut-on un va-et-vient plus ou moins rapide? alternativement on comprime et on lâche le réservoir, qui aspire alors le liquide injecté.

Il en résulte : 1° que tous les points du vagin et du col de l'utérus sont baignés par le liquide; 2° qu'il est possible de prendre un bain local aussi longtemps prolongé qu'on le voudra; 3° que la femme s'injecte sans éprouver l'ennui de l'introduction d'une longue canule, et surtout sans répandre une goutte d'eau. Le maniement est facile, l'instrument est léger, peu volumineux et d'un prix très-modique. Ce sont-là des avantages réels, qui placent l'appareil de M. Davanseaux bien audessus de tout ce qu'on a proposé jusqu'ici dans le même but.

Nous sommes du reste très-heureux d'avoir pour devanciers dans notre manière de voir M. le Dr Pénard, professeur d'accouchement à Rochefort, auteur d'un excellent rapport sur l'instrument qui nous occupe, et M. le Dr Arlaud, chirurgien en chef de la marine, qui a présenté un rapport à la Société des Belles-Lettres, Sciences et Arts de Rochefort, rapport qui a valu à M. Davanseaux une lettre de félicitations.

L'irrigateur-obstructeur a de plus été admis à l'Exposition ouverte par la Société Philomathique de Bordeaux.

BULLETIN TRIMESTRIEL

DES MALADIES OBSERVÉES DANS LES SALLES DE CLINIQUE INTERNE *de l'hôpital Saint-André.*

Service de M. E. Gintrac, *salles* 6 et 15.
Service de M. Henri Gintrac, *salles* 7 et 16.

Mars, Avril, Mai 1859.

Le nombre des malades admis dans les salles de clinique interne, pendant les mois de mars, avril et mai 1859, a été de 573 (343 hommes et 230 femmes). Les affections dont ils étaient atteints se distribuent ainsi :

Fièvres intermittentes, 64; fièvre continue simple, 11; fièvre continue grave, 1; scarlatine, 2; miliaire, 1; urticaire, 6; érysipèle, 5; herpès, 12; dermatoses chroniques, 20; pellagre, 3; céphalée, 6; congestion cérébrale, 24; apoplexie, 3; méningite, 2; ramollissement cérébral, 1; myélite, 6; hémiplégie, 4; paraplégie, 1; épilepsie, 1; chorée, 2; névralgie, 12; rhumatisme aigu, 32; rhumatisme chronique, 12; lumbago, 10; pleurodynie, 11; laryngite, 7; bronchite aiguë, 39; bronchite chronique, 12; épanchements thoraciques, 15; pneumonie, 26; hémoptysie, 3; phthisie pulmonaire, 40; emphysème pulmonaire, 8; hydro-péricarde, 1; lésions organiques du cœur, 23; anévrisme de l'aorte, 1; chlorose, 8; anémie, 4; lymphangite, 1; angine, 18; embarras gastrique, 20; gastrite aiguë, 6; gastrite chronique, 3; gastralgie, 5; lésions organiques de l'estomac, 3; gastro-entérite, 6; entérite, 3; fièvre typhoïde, 6; colite, 3; entéralgie, 1; colique saturnine, 1; péritonite, 1; ascite, 2; lésions organiques du foie, 4; ictère, 3; néphrite granuleuse, 3; diabetès, 4; orchite, 5; leucorrhée, 5; aménorrhée, 12; métrorrhagie, 5; métrite, 7; lésions organiques de l'utérus, 10; hystérie, 6; ovarite, 1; lésions organiques des ovaires, 3.

Les décès ont été produits par : méningite, 1; apoplexie, 1; myélite, 1; pneumonie, 1; phthisie, 18; bronchite chronique, 6; épanchement thoracique, 2; affection organique du cœur, 10;

lésion organique de l'estomac, 2; du foie, 3; colite chronique, 1; fièvre typhoïde, 2; cancer de l'utérus, 3.

Le nombre des fièvres intermittentes a été de 64; c'est un chiffre inférieur à celui des autres trimestres. Les professions qui ont favorisé le développement des fièvres intermittentes ont été celles qui exposaient davantage aux viscissitudes atmosphériques. Le type le plus commun a été quotidien; le plus rare a été quarte. L'engorgement de la rate n'a été bien constaté que dans les récidives; il doit être considéré plutôt comme effet que comme cause des fièvres intermittentes. La diarrhée a formé la complication la plus ordinaire; elle n'était pas cependant assez intense pour contre-indiquer l'emploi du sulfate de quinine; mais dans ces cas il a été convenable d'associer l'opium à ce médicament.

Vingt-quatre individus (17 hommes, 7 femmes) ont été atteints de congestion cérébrale. Comme symptômes, ils éprouvaient au début, de l'inappétence, un sentiment de pesanteur à l'épigastre; plus tard, ils ressentaient des bouffées de chaleur vers le visage, de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, de l'accablement. La face s'injectait facilement, les yeux étaient rouges, larmoyants; la vue parfois obscure. Il y avait un certain embarras dans la parole. Des fourmillements incommodes, des engourdissements, se manifestaient dans les membres. Il s'agissait évidemment d'une surabondance de sang dans les vaisseaux artériels et veineux de l'encéphale, sans autre lésion. La pléthore cérébrale constituait seule toute la maladie. Tantôt elle est survenue d'une manière brusque, atteignant son maximum d'intensité dans un court espace de temps; tantôt elle s'est développée d'une manière graduelle, et ce n'est qu'insensiblement qu'elle a offert un certain degré d'intensité. Un seul malade a présenté les caractères d'une hypérémie cérébrale très-grave : au milieu des apparences d'une bonne santé, il est tombé tout à coup sans connaissance avec résolution générale des membres. A ce moment, tout le côté droit du corps était paralysé du mouvement et du sentiment. Les facultés intellectuelles étaient presque abolies, la miction et la défécation s'effectuaient involontairement. Ces

symptômes auraient pu en imposer pour une hémorrhagie cérébrale considérable; mais ils ne furent que de courte durée : ils cédèrent facilement à un traitement énergique. Le diagnostic fut éclairé par la disparition rapide des phénomènes morbides.

La constitution spéciale des malades, la nature de leur alimentation, leurs professions, n'expliquaient pas suffisamment les congestions cérébrales dont ils étaient frappés. Il fallut en rechercher la cause dans l'atmosphère. Le Dr Leuret a publié (*Journal des Progrès*, 1830, t. II, p. 179) plusieurs cas d'hypérémie cérébrale dont quelques-uns furent suivis de mort. Ils avaient lieu à la même époque et presque le même jour, à la Maison Royale de Charenton. Après des recherches nombreuses, Leuret ne put constater, comme cause de ces nombreux exemples de congestions, qu'un vent de sud-ouest qui régna pendant plusieurs jours. Serait-ce la même circonstance qui aurait provoqué le développement de cette affection? Constatons que pendant les mois d'avril, mai et juin, c'est le vent de sud-ouest qui a prédominé.

Devait-on abandonner la curation de l'hypérémie cérébrale aux seuls efforts de la nature? La méthode expectante a, dans cette circonstance, des inconvénients graves qui font une loi de la repousser. La congestion peut ou se convertir en apoplexie grave, ou durer longtemps et entraîner des désordres irréparables. Il importe donc de détourner, par une révulsion ou une dérivation puissante, le molimen, qui tend à entretenir la congestion. Les émissions sanguines générales et locales, les purgatifs, ont constitué les principaux moyens mis en usage, et ils ont toujours obtenu des résultats avantageux.

Le printemps est une saison très-favorable au développement des phlegmasies thoraciques. Nous avons eu 39 cas de bronchite aiguë, 26 de pneumonie, et 15 de pleurésie avec épanchements thoraciques. Le traitement antiphlogistique a été mis en usage avec un succès relatif à la période à laquelle il a été permis de l'employer. Les sujets n'entrent ordinairement qu'après plusieurs jours de maladie, et le temps d'opportunité des émissions sanguines actives est passé. C'est alors qu'il faut avoir recours

aux révulsifs; et la méthode rasorienne rend d'importants services.

Parmi les affections du tube digestif, on compte 18 cas d'angine, 6 de gastrite aiguë, 6 de gastro entérite, et 20 d'embarras gastrique, tandis que le nombre des colites n'a été que de 3, et qu'il ne s'est présenté aucun cas de dysenterie. Les trimestres d'été et d'automne donnent ordinairement lieu à des observations fort différentes et même tout à fait inverses.

C'est au printemps qu'apparaissent avec plus de fréquence les irritations de la partie supérieure du tube digestif. Ces irritations sont phlegmasiques ou sécrétoires; elles se présentent sous la forme de la gastrite, de la gastro-entérite ou de l'embarras gastrique. Les caractères différentiels de ces états morbides sont très-tranchés : d'un côté, fièvre, rougeur de la pointe de la langue, douleur de l'épigastre augmentée par la pression, nausées ou vomissements déterminés par l'ingestion des aliments; de l'autre, peu de sensibilité à l'épigastre, enduit jaunâtre épais sur la langue, goût fade ou amer à la bouche, haleine fétide, nausées, dégoût, peu de fréquence du pouls, peu de chaleur à la peau; vomissements de matières saburrales et bilieuses. Quelquefois, ces deux états sont loin d'être aussi distincts, et il est difficile de se prononcer sur le degré ou le mode d'irritation de l'estomac et de l'intestin grêle. Mais l'habitude de l'observation et un examen attentif font découvrir quelques différences : l'âge, le tempérament, la constitution des sujets, apportent un contingent de remarques fort utiles. La palpation de l'épigastre donne des indices importants. La rénitence ou la souplesse de cette région, sa sensibilité ou son indolence, méritent la plus grande attention. Il ne faut pas oublier que certains sujets très-nerveux ont cette partie habituellement très-sensible, même à une pression légère. Il faut aussi être prévenu que le rhumatisme atteignant les parois abdominales peut donner lieu à des douleurs épigastriques. L'occasion de signaler les faits qui se rattachent à ces divers états morbides s'est présentée plusieurs fois, et elle a été saisie. Les règles du traitement ont été basées sur les différences reconnues. Dans l'irritation phlegmasique de la muqueuse gastro-intestinale, l'application

de deux ou trois ventouses scarifiées sur l'épigastre, des boissons délayantes, ont produit une cessation très-rapide des symptômes. Lorsque l'irritation était purement sécrétoire et que la maladie s'offrait sous l'aspect de l'embarras gastrique, le tartre stibié en lavage a eu un succès non moins rapide; il a fallu quelquefois administrer ensuite un ou deux laxatifs. Les résultats du traitement ont ainsi confirmé le diagnostic. Dans plusieurs cas, ces deux ordres de moyens ont été successivement employés. Quelquefois il est resté de la sensibilité dans la région épigastrique, une disposition au vomissement, de l'inappétence, mais sans fièvre, sans chaleur de la peau. Alors le sous-nitrate de bismuth, l'eau de Seltz, une alimentation très-légère, ont suffi pour ramener l'état normal des organes digestifs.

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale (t. IV et V), par M. E. Gintrac.

(3e et dernier article.)

Nous avons encore à examiner deux groupes parmi les exanthèmes aigus : d'abord le 5e, comprenant l'*érysipèle,* le *sclérème aigu,* l'*érythème aigu,* l'*urticaire aiguë,* le *lichen aigu,* le *strophulus,* le *nirles;* puis le 6e, dont il me suffira d'indiquer les noms pour établir qu'ils ne sont là que pour mémoire. - Ainsi, le *furoncle,* l'*antrax,* le *charbon,* la *pustule maligne,* appartiennent au domaine chirurgical, et l'*ecthyma aigu,* maladie légère et accidentelle, ne réclame point une étude spéciale. — Des caractères communs appartenant au 5e le rendent un des plus naturels; ainsi, comme le dit l'auteur : « Ce groupe est composé d'inflammations ou plutôt de congestions affectant la peau et le tissu cellulaux sous-cutané. Plus ou moins étendus et souvent mobiles,

ces exanthèmes ont une propension marquée à se propager et à se déplacer. Ils reconnaissent des causes générales et intérieures, et sont parfois liés à des lésions profondes plus ou moins graves; de là le danger qu'ils peuvent offrir. Souvent épidémiques, ils ne sont pas contagieux, et constituent des maladies essentiellement congestives plutôt que réellement phlegmasiques; ils produisent du gonflement, de la rougeur, rarement des vésicules ou des bulles, plus rarement des abcès. » — Les vues de détail confirment ces traits généraux.

Chacune des affections du 5e groupe a été traitée par M. Gintrac avec la plus grande attention. Je me bornerai à signaler ici plus particulièrement ce qu'il dit de l'érysipèle et du sclérème, car il est temps que j'arrive à la seconde classe, constituée par les maladies cutanées chroniques.

Il est difficile de toucher à l'étiologie de l'érysipèle sans arriver aux constitutions médicales, aux influences épidémiques, et M. Gintrac, médecin d'hôpital, devait signaler cette circonstance. Ainsi, n'est-ce pas une influence de ce genre qui soumet, dans certains temps, les malades qui subissent la plus légère blessure à la complication de l'érysipèle? On peut bien le dire traumatique quand on le voit arriver immédiatement après une lésion accidentelle ou après une plaie faite avec le bistouri le mieux aiguisé, tenu par la main la plus habile, quoique la lésion alors n'agisse que comme une cause occasionnelle, car il en ressort l'indication positive de s'abstenir.

M. Gintrac agite, à propos de l'érysipèle, la question de contagion, et il la résout négativement, malgré les opinions de quelques médecins de la Grande-Bretagne.

Après avoir parlé des symptômes de l'érysipèle, de sa marche, de ses terminaisons, de ses variétés, soit relatives aux complications, soit relatives aux régions occupées, soit

relatives aux âges, un des points bien étudiés de l'histoire de l'érysipèle dans le livre de M. Gintrac, et qui prouve toute la sagacité de l'observateur, c'est celui de la physiologie pathologique de cette affection.

Malgré que l'érysipèle se montre avec les caractères d'une véritable inflammation, qu'on y ait constaté quelquefois l'augmentation de la fibrine, et souvent la formation de pus, cette affection a un cachet particulier. Sa diffusion, sa pérégrination n'appartient pas aux inflammations ordinaires. Exanthème d'une nature spéciale, c'est en vain que les uns ont pensé que l'érysipèle était une phlébite ramusculaire ou capillaire, que d'autres n'y ont vu qu'une lésion du système lymphatique. Quoi qu'en ait dit, dans quelques cas, l'anatomie pathologique, les réflexions de M. Gintrac combattent victorieusement ces opinions. — L'injection des capillaires, la congestion du tissu cellulaire par des fluides séreux, jaunâtres, sanguinolents, congestion qui peut seule s'accommoder de la pérégrination; les prodromes, les influences générales et épidémiques, le génie étiologique, font de cet état morbide l'expression d'une modification générale de l'organisme, qui le rapproche des autres exanthèmes. On ne peut pas davantage admettre, avec les médecins anglais et américains, une sorte d'empoisonnement. — Un miasme, un agent toxique introduit dans le sang, n'est qu'une hypothèse; seulement, il faut reconnaître dans la production de l'érysipèle une influence intérieure, une modification constitutionnelle. — Mais la nature de cette influence, sa source diathésique, ses rapports avec l'état général des forces organiques, sont des questions qui offrent beaucoup d'intérêt, mais aussi de grandes difficultés. Au milieu des opinions diverses des auteurs, qui, les uns, voient dans l'érysipèle une maladie essentiellement inflammatoire; d'autres, une affection radicalement adynamique; d'autres, une ataxie des plus évidentes, et qui tous ont obtenu des

succès par des traitements divers et même opposés, on voit que l'érysipèle peut se lier à des états généraux très-différents. Ce n'est que par une analyse judicieuse des phénomènes que peuvent présenter ces cas divers qu'on établira les bases d'indications rationnelles. —Voilà la réserve d'un médecin éclairé, qui sait ne pas prononcer sur des questions encore en suspens.

Au reste, au risque de me répéter, je dirai, à propos de l'érysipèle, ce que j'ai déjà dit pour d'autres maladies : les pages que M. Gintrac lui a consacrées forment certainement une monographie complète, où ceux qui savent le plus ne trouveront guère à ajouter.

L'histoire du sclérème aigu est pleine d'intérêt. Maladie des nouveaux nés, qui a beaucoup d'analogie avec l'érysipèle qui leur est propre, elle diffère essentiellement de la sclérodermie, *sclérème chronique* des adultes. Il en est de cette maladie comme de tant d'autres diversement considérées par les différents auteurs : on est obligé de peser les opinions et de se ranger du côté de celle qui vous paraît le plus près de la vérité. — Ferons-nous à l'auteur le reproche d'avoir considéré le sclérème aigu comme un exanthème? Nous ne le pourrions pas, car il s'en excuse lui-même, et ce n'est que par son analogie et sa coïncidence avec l'érysipèle des nouveaux nés qu'il l'a placé dans ce groupe. La synonymie seule de cette affection : *endurcissement, induration du tissu cellulaire, œdème compacte, œdème dur, œdème algide, squirrhosarque,* l'en exclurait; mais au moins rentre-t-elle par son siége : *tuméfaction de diverses régions de la surface du corps,* dans les maladies cutanées? — Quoi qu'il en soit, l'histoire en est faite par M. Gintrac de la manière la plus satisfaisante. Il mentionne les travaux des médecins qui s'en sont occupés, depuis la 1re Obs., recueillie en 1718 par Uzenbez, d'Ulm; ceux de Doublet, d'Andry, d'Auvity, de Souville, de Tenon, jus-

qu'à ceux de Troccon, Dugès, Breschet, de M. Denis, de Billard, Blanche, de M. Henry Roger, — qui a cru devoir appeler cette maladie *œdème algide*, — pour la France seulement, et il ne laisse ignorer aucun des travaux des médecins étrangers.

Quoi qu'en disent Carminati, Zambelli, Paletta, qui n'admettent pas l'influence du froid dans la production du sclérème, M. Gintrac reconnaît toute la puissance de cet agent à cet égard; et bien que les statistiques, soit dans les hospices d'enfants trouvés, soit dans la pratique civile, prouvent que cette maladie se présente dans toutes les saisons, c'est surtout en hiver qu'elle arrive; et si elle s'offre quelquefois même dans les saisons les plus chaudes, c'est qu'à des journées brûlantes succèdent des nuits fraîches et même froides. Les motifs que donne M. Gintrac pour prouver qu'on doit surtout observer cette maladie dans les hospices d'enfants trouvés sont péremptoires. Le tableau des symptômes est tracé avec la plus grande vérité; l'*induration* et le *refroidissement* y sont particulièrement étudiés, ainsi que les variétés liées au siége spécial de la maladie, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le tissu adipeux; distinction due à Dugès et confirmée depuis. — La gravité de cette affection, souvent mortelle, à permis d'établir à son égard des faits importants d'anatomie pathologique; ils sont exposés avec soin par M. Gintrac.

Dans l'étude de la physiologie pathologique, l'auteur est appelé à s'inscrire contre les opinions de divers médecins. Ainsi, le sclérème n'est pas un effet de la syphilis, comme le voulait Doublet : ce n'est qu'une coïncidence assez rare. Il n'est pas la conséquence d'une pneumonie, comme le disait Hulme; les poumons sont souvent sains et plutôt congestionnés qu'enflammés. Il n'est pas une gastro-entérite, comme l'insinuaient M. Denis, M. Blanche, M. Elsaesser; l'estomac et les intestins sont fréquemment dans

un état normal. Il n'est pas la suite d'une lésion du foie et de la sécrétion de la bile augmentant la plasticité des fluides; les lésions du foie y sont rares ou peu importantes. Il ne résulte pas de la non occlusion du trou de Botal et du canal pulmo-aortique ; on a trouvé souvent le trou de Botal et le canal artériel plus ou moins complétement oblitérés. Il ne dépend pas enfin d'une asphyxie lente du nouveau né ; les enfants ont réellement respiré, leurs poumons se sont dilatés dès l'instant de la naissance, et si l'asphyxie a eu lieu, elle était plutôt l'effet que la cause de la maladie.

On ne peut mieux réfuter chacune de ces opinions. Mais qu'est donc le sclérème? Pour nous, c'est une affection dynamique à effets complexes; mais écoutons M. Gintrac : « Considérons, dit-il, les circonstances dans lesquelles le sclérème aigu se produit. Un être qui avait vécu d'une vie d'emprunt et qui avait été protégé de toutes parts contre les influences extérieures, est subitement abandonné à lui-même et entouré d'agents nouveaux qui impressionnent péniblement ses organes. Est-il faible [1], ou ses impressions sont-elles intenses et prolongées, il en éprouve de funestes effets. Il ne résiste qu'avec peine aux différences si considérables des milieux qu'il traverse. M. Hervieux a parfaitement étudié cette influence directe amenant *l'algidité progressive des nouveaux nés*. Le ralentissement graduel de la circulation et de la respiration, l'abaissement de plus en plus sensible de la chaleur animale, la consomption, l'extinction successive de la vie, forment les caractères distinctifs de cet état, qui n'est pas le sclérème, mais qui est fréquemment l'un de ses éléments. Le sclérème, en effet, suppose une tentative de réaction. Cet afflux vers la péri-

[1] Tous les enfants qui naissent faibles sont-ils atteints de sclérème par la seule exposition au froid? Non, sans doute. C'est qu'indépendamment de ces deux circonstances, il y a quelque chose de particulier : c'est la prédisposition individuelle.

phérie, cette injection des capillaires cutanés, cette tuméfaction, cette induration des tissus, attestent un effort organique, une congestion, et même, lorsque l'érysipèle complique le sclérème, un travail phlegmasique spécial.

» Le sclérème est donc une affection complexe, tandis que l'algidité progressive est un état plus simple, un résultat plus directement physiques des influences extérieures.

» Le sclérème congénital ne réclame nullement le concours de ces influences; il rend, au contraire, évident l'afflux des fluides et l'engorgement primitif des tissus.

» Cet état congestif ne donnerait toutefois qu'une idée insuffisante du sclérème. La maladie se produit si la réaction provoquée et commencée ne peut aboutir, si elle s'épuise en efforts inutiles, si les fluides accumulés ou extravasés sont comme saisis et coagulés, si la circulation locale s'arrête en même temps que la caloricité décroît et que la vitalité s'éteint.

» Mais cette impuissance de la réaction fait supposer, ou que la cause perturbatrice possédait une grande énergie, ou que les forces de l'organisme, déjà épuisées, n'ont pu subvenir aux frais d'un travail efficace.

» En résumant ces diverses circonstances, on reconnaît donc, comme élément du sclérème, une débilité primitive ou acquise du nouveau né, une réfrigération momentanée ou soutenue, des congestions dirigées à l'intérieur et vers la périphérie, des réactions devenues bientôt insuffisantes, un décroissement rapide de la calorification, de la circulation, de la respiration et de l'innervation, abandonnant l'organisme aux lois générales de la nature inanimée. »

Voilà, certes, une bien longue citation; mais auprès de lecteurs attentifs, je suis loin d'avoir besoin de m'en excuser, car ils y verront une exposition claire et lumineuse de la théorie qu'on peut se faire de cette curieuse maladie : théorie complète, et à propos de laquelle pourtant je de-

manderai à mon savant collègue la permission de lui soumettre un doute. Je crois avoir remarqué des cas de sclérème aigu qui ne me semblent pas pouvoir entrer dans le tableau si vrai d'ailleurs qu'il vient d'en tracer. Est-ce bien à la *faiblesse* que je pourrais rattacher le fait d'un enfant fort, robuste, bien développé, né d'un accouchement naturel, pris quelques heures après sa naissance, par un froid violent, d'un endurcissement du tissu cellulaire à la main, à l'avant-bras et à la joue, avec torpeur, refus de prendre le mamelon, état quasi asphyxique, et qui est ramené progressivement à la vie par l'écoulement prolongé de sang produit par l'application d'une sangsue? — N'y a t-il pas là quelque chose qui correspond à cette distinction lumineuse de l'École de Montpellier entre la perte radicale ou la *résolution des forces,* ou simplement leur *oppression? oppressio virium*. Il me semble que ce trait compléterait la doctrine du sclérème. Quoi qu'il en soit, c'est avec un grand intérêt que j'ai lu cet important article du sclérème, je n'ose plus dire monographie

L'histoire de l'*érythème*, de l'*urticaire,* du *lichen aigu,* donnerait lieu de ma part à la même approbation, et il suffirait, pour la légitimer, de dire encore une fois que M. Gintrac n'a pas écrit une page sans avoir connu, apprécié, pour le tourner au bénéfice de son ouvrage, tout ce qui a été écrit jusqu'au moment où il parle sur les sujets dont il traite.

Pour moi, je déclare que jusqu'au jour où j'ai lu la partie de l'ouvrage que j'ai sous les yeux, j'ignorais l'existence de la maladie comprise dans ce 5ᵉ groupe sous le nom de *nirle*. Je désire épargner cette honte à mes lecteurs pour l'avenir. Avant donc de passer à l'examen de ce qui concerne les maladies cutanées chroniques, disons un mot du *nirle*. Et d'abord, pour nous consoler de notre ignorance, disons que la maladie est très-légère et ne réclame que des soins

hygiéniques, et puis que nous n'ignorions peut-être que le nom, qui est venu d'Écosse. D'après William Batt, le *nirle* consiste en des « boutons discrets, éminents, d'un rouge brun, paraissant après une courte fièvre, serrés les uns contre les autres, ne suppurant pas et ne se réduisant pas en écailles furfuracées. » Pour Alibert, le *nirle* trouve sa place naturelle entre la varicelle et la rougeole. — D'après cela, nous ne sommes pas très-sûr de n'avoir pas vu cette maladie.

C'est par rapport aux *maladies cutanées chroniques*, que la nosologie a, suivant nous, le plus à s'applaudir des idées de M. Gintrac. Les classifications se rapprochent d'autant plus de leur perfection, que la connaissance plus approfondie de chaque maladie permet de rapprocher celles qui ont en effet les analogies les plus vraies; et les auteurs systématiques, ayant toujours à faire prévaloir leur idée dominante, ne fondent en général leur rapprochement que par le point qui les occupe plus spécialement. Aussi faut-il arriver peut-être à une époque où les travaux de détail ont éclairé le plus grand nombre de points, pour faire avec succès une classification nosographique ou nosologique. Or, la simple exposition du plan qu'a adopté M. Gintrac va prouver à nos lecteurs que son travail se rapproche de plus en plus de cette perfection qui, seule, est permise dans une science aussi vaste, aussi complexe que la médecine cutanée.

Après avoir exposé le parallèle des exanthèmes aigus et des maladies cutanées chroniques, et établi par des différences essentielles la nécessité de les classer séparément, l'auteur, comme dans une sorte d'histoire générale de la dermatologie, expose les divisions admises : d'abord, d'après les *formes et l'aspect extérieur*, par Plenck; puis successivement modifiées, mais sur le même plan, par divers auteurs, tels que Eichhorn, Rob. Willan, Batteman, Rayer, Biett, Cazenave et Schedel, Gibert; ensuite, et presque en même

temps que Willan, il montre Alibert groupant les dermatoses d'après une certaine ressemblance des *causes* ou des *symptômes,* et tentant l'application de la méthode naturelle à la dermatologie ; imité par Paget d'Édimbourg, son admirateur, puis par Duchesne-Duparc, qui l'a pris pour modèle. Continuant cette exposition, M. Gintrac mentionne tour à tour la préférence donnée aux idées d'Alibert sur celles de Willan par M. Lafaurie, et la sympathie récemment manifestée à la classification du médecin de Saint-Louis, par M. Hardy, qui l'a simplifiée et améliorée. — Mais tout n'était pas encore dit : Plumbe dresse une division essentiellement *étiologique* revenant à la classification selon les causes déjà tentée par Lorry ; puis Walther Dendy considère la plupart des maladies cutanées comme *symptomatiques*. Fuchs, professeur à Gœttingue, en 1840, admet trois séries : 1° les *dermatonoses,* propres à l'enveloppe cutanée ; 2° les *dermapostases,* dépendant de causes intérieures ; 3° les *dermézanthèses,* ayant pour origine des influences épidémiques. M. Isensée, de Berlin, distingue les maladies cutanées en primaires ou *protopathiques*, et secondaires ou *deutéropathiques*. — M. Beaumès, à son tour, au point de vue étiologique, dresse sa division, mais en attribuant l'origine des maladies cutanées à des *fluxions* qu'il soumet à des distinctions nombreuses. — M. Foltz, de Lyon, les divise en : 1° maladies congestives ; 2° miasmatiques ; 3° virulentes ; 4° par vice du sang ; 5° épizoaires épiphytes ; 6° maladies critiques ; 7° cachectiques ; 8° dépuratoires ; 9° maladies distinguées selon leur siége ; 10° enfin, maladies hétéromorphes. — Les divisions, selon les *produits des maladies cutanées,* ont eu leur tour : M. Gerdy jeune les distingue en *sèches* et *humides* ; M. Devergie, en *sécrétantes* et *non sécrétantes*. M. Hébra, de Vienne, a eu égard aux modes variés d'*exsudation* et de *formation nouvelle*.

Le *siége spécial* des maladies de la peau, *siége anatomique,* ne pouvait être laissé de côté : Jackson les divisa selon

qu'elles affectaient les glandes sébacées, les bulbes des poils ou les vaisseaux. — Grimaud, d'Angers, les distingue en maladies du *corps vasculaire,* des *papilles,* des *cavités infundibuliformes* et des *follicules.* — M. Gerdy jeune distingue des affections dischromateuses celles de l'épiderme et des follicules. Ces essais étaient fort incomplets. — Rosenbaum, de Halle, embrasse l'ensemble des maladies cutanées; il les divise en celles de l'épiderme et du corps muqueux, du chorion et du corps papillaire, des vaisseaux de la peau, des nerfs, du pannicule adipeux, du tissu cellulaire sous-cutané, des glandes sébacées. — M. Charles Baron les a divisées d'après leur siége dans les appareils vasculaire, papillaire, sudoripare, sécréteur de l'épiderme, chromatogène, des follicules sébacés, des bulbes pilifères, de la matrice des ongles, de la trame cellulo-vasculaire; dans une dernière série, celles qui affectent plusieurs éléments. — M. Gintrac ne se croirait pas quitte envers tous les auteurs s'il n'exposait aussi les classifications de ceux qui ont admis plusieurs des bases qu'il vient d'indiquer. Il en est encore trois : Struve, Nicolas de Alfaro et Érasme Wilson. Les citerai-je? pourquoi pas; c'est justice à leur rendre, c'est aussi prouver qu'aucun travail de dermatologie n'a échappé à l'auteur.

Le premier a disposé les maladies cutanées sous les dix-sept titres suivants : Cl. I. *Névroses.* — II. *Apocénoses.* — III. *Paraplasma* (conformations anormales). — IV. *Épidermoses, trichoses, onychoses, Jonthi.* — V. *Parachromata.* — VI. *Dermophlegmasiæ, extensæ vel maculosæ.* — VII. *Dermophlegmasiæ pomphosæ* (urticaire). — VIII. *Dermophlegmasiæ papulosæ.* — IX. *Dermophlegmasiæ variolosæ.* — X. *Dermophlegmasiæ bullosæ.* — XI. *Dermophlegmasiæ pustulosæ.* — XII. *Dermophlegmasiæ vesiculosæ.* — XIII. *Dermophlegmasiæ synamosæ.* — XIV. *Dermophymata.* — XV. *Dermochorismata* (intertrigo, prurigo, etc.).

— XVI. *Dermelminthiasis*. — XVII. *Corpora peregrina in cute*.

Nicolas de Alfaro a divisé les maladies cutanées en trois ordres. Le premier, maladies *de la peau proprement dite,* sous-divisées en trois groupes : 1° déterminées par inflammation simple, 2° avec des formes morbides essentielles (exanthèmes, vésicules, papules, etc.); 3° maladies constitutionnelles (scrofules, cancer, syphilis). Le second ordre comprend les maladies *des dépendances de la peau* (altérations des poils, de l'épiderme, de la sécrétion cutanée, etc.). Le troisième ordre, maladies *rares ou des climats*.

Enfin, Érasme Wilson a partagé les dermatoses en deux grandes séries : dans la première, celles qui affectent l'*ensemble de la structure cutanée;* dans la seconde, celles qui affectent *spécialement les tissus* dont cette membrane est formée.

D'après cet exposé, y aurait-il lieu à faire un choix qui satisfît à ce qu'on doit attendre d'une classification? Avec des maladies si nombreuses, de nuances si multipliées et parfois si peu distinctes, il faut un ordre quelconque pour éviter la confusion, arriver à un diagnostic précis et poser des indications utiles. Eh bien! à chaque époque, et selon la base choisie, des pas heureux ont été faits pour arriver à ces fins. Mais jusqu'à présent, on n'a pas tiré tout le profit possible des travaux antérieurs, parce qu'on ne les a pas tous embrassés d'ensemble, qu'on n'a pas cherché à les coordonner et à en faire un tableau commun. — M. Gintrac, croyons-nous, plus heureux, plus judicieux dans cette œuvre, sous l'impulsion non-seulement du besoin qu'a le professeur d'être clair et d'exposer l'état de la science aussi complet que possible, mais aussi aiguillonné par les exigences du praticien qui veut être éclairé sur le diagnostic et sur les indications thérapeutiques, M. Gintrac, disons-nous, a dû chercher un fil conducteur qui le guidât le plus

sûrement dans ce dédale. Et, reconnaissant tout le profit qu'on pouvait retirer des notions qu'offrent l'aspect et les formes extérieures, des données étiologiques, du siége anatomique, même des méthodes naturelles dans le peu de cas où l'on peut y avoir recours, il a utilisé ce que ces divers modes offrent d'avantageux.

Il établit d'abord deux grandes classes répondant à deux points de vue principaux : 1° point de vue anatomique; 2° point de vue étiologique. Dans ces deux grandes classes viennent se ranger, à titre de divisions secondaires, les sections et les ordres, qui conduisent à des distinctions plus circonscrites encore, c'est-à-dire aux genres et aux espèces.

Voici le tableau qu'il donne, et qui comprend la double série des notions qu'il s'agit de coordonner :

Ire Division. — MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ANATOMIQUE.

1re SECTION. — Maladies de l'épiderme et des ongles.
2e — — du système pileux.
3e — — des follicules sébacés.
4e — — des organes sudoripares.
5e — — du pigment cutané.
6e — — du réseau vasculaire cutané.
7e — — du système nerveux cutané.
8e — — du derme.

IIe Division. — MALADIES CUTANÉES CHRONIQUES CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Ire Sous-Division. — MALADIES PARASITAIRES.

Ire SECTION. — Maladies **zoo-parasitaires.**
IIe SECTION. — Maladies **phyto-parasitaires.**

IIe Sous-Division. — MALADIES DIATHÉSIQUES.

Ire SECTION.—Maladies occasionnées par diathèse **polygénique.**

1er *Ordre.* — Herpétides.
2e — Syphilides.
3e — Scrofulides.
4e — Cancrides.
5e — Arthritides.

IIe SECTION. — Maladies déterminées par diathèse **monogénique**, Plique, Pellagre, Éléphantiasis des Grecs, Radésyge, Pian, Bouton d'Alep, etc., etc.

Un coup d'œil attentif jeté sur ce tableau laissera chacun persuadé qu'au moment actuel il serait difficile d'établir quelque chose de plus simple à la fois et de plus lumineux.

C'est à dessein que nous avons, longuement sans doute, — trop *compendieusement* diront peut-être des esprits légers, — exposé toutes les classifications dont M. Gintrac a fait précéder la sienne. Mais c'était, selon nous, le meilleur moyen de faire apprécier l'excellence de la dernière, sans nous dissimuler toutefois qu'on pourra élever contre elle quelques objections. Mais il nous semble, après y avoir mûrement réfléchi, qu'elle laisse loin derrière elle toutes celles qui l'ont précédée et auxquelles elle a précisément emprunté ce qui fait ses avantages.— En général, les praticiens semblent attacher peu de prix à la nosologie. Que leur importe la place qu'occupe une maladie dans un cadre plus ou moins harmonique! C'est qu'ils n'ont pas réfléchi à la lumière que se communiquent des faits rapprochés par les plus étroites analogies. — Au reste, pour convaincre les plus incrédules à cet égard, je ne voudrais que leur mettre entre les mains le livre de M. Gintrac, et à leur choix un ouvrage antérieur quelconque, et je leur demanderai par lequel ils ont été le mieux guidés dans la connaissance des maladies de la peau.

On conçoit que je ne puis exposer, même sommairement, la manière dont M. Gintrac a rempli le cadre que je viens de présenter. Il me suffira de parcourir l'ordre des matières en jetant çà et là quelques mots en passant sur les objets les plus importants.

Ainsi, pour la 1re section (maladies de l'épiderme et des ongles), on trouve les verrues, les cors, l'épaississement partiel de l'épiderme, *pachulosis;* l'ichthyose, les maladies de l'ongle, *onyxis, onychia* maligne de Wardrop, l'onyxis latérale. — A propos de cette dernière, je ne puis qu'ap-

prouver la proscription que fait M. Gintrac des douloureuses opérations qu'on lui oppose. Comme lui et plusieurs fois, j'ai guéri des malades chez lesquels l'extraction de l'ongle incarné avait été jugée inévitable « à l'aide de bandelettes étroites de linge fin et successivement introduites, et pressées d'abord entre les chairs ulcérées et l'ongle, puis sous l'ongle lui-même, qui finit par être soulevé, et passe sur les chairs affaissées. » Pour moi, j'ai quelquefois été obligé de recourir en outre à l'application d'une poudre caustique, alun calciné ou azotate d'argent, pour réprimer les chairs exubérantes.

Les maladies du système pileux (2e section) comprennent les anomalies par excès, ***hypertrichose,*** hypertrixie; par défaut, ***atrichose,*** alopécie ou calvitie, perte incomplète ou chute de tous les cheveux; celles relatives à la ***couleur,*** à l'***insertion,*** à la ***direction*** des cheveux et des poils.

Dans les maladies de la 3e section (des follicules sébacés) se trouvent l'acné ***rosacea, miliaris, indurata,*** dues à l'inflammation chronique des follicules; l'acné ***ombilicata*** (***molluscum contagiosum*** de Bateman); le ***molluscum pendulum*** du même, dénomination dont M. Gintrac discute savamment l'étymologie; les tumeurs sébacées sous-épidermiques, dues à l'hypertrophie des follicules sébacés, et les altérations de la matière sébacée, qui produisent l'acné ***punctata,*** l'acné ***sebacea*** ou stéarrhée, la ***mélasthéarrhée,*** l'***ichthyose sébacée*** et les ***cornes humaines.*** — Je ne pourrais dire avec quel développement et quelle autorité quelques-unes de ces maladies, notamment la mélasthéarrhée et l'ichthyose, ont été traitées.

La 4e section (maladies des organes sudoripares) contient l'***éphidrose,*** sueurs partielles; l'***osmidrose,*** sueurs odorantes; la ***chromidrose,*** sueurs colorées. — A l'égard de ces dernières, M. Gintrac fait remarquer la différence qui existe entre elles et la mélasthéarrhée, que quelques auteurs ont

confondues. Cette section contient encore les altérations de la sueur par divers corps étrangers qui la rendent acide, alcaline, ammoniacale, sablonneuse, calcaire, sucrée, sanguine, *hématidrose* ou *hématopédèse*.

Je regrette de ne pouvoir poursuivre l'examen de toutes les sections des maladies cutanées, considérées au point de vue anatomique. J'aurais voulu dire encore un mot des maladies du pigment cutané, de celles du réseau vasculaire et du système nerveux cutané, enfin des maladies du derme. Parmi ces dernières, nous aurions trouvé deux importants articles relatifs, l'un à la *sclérodermie,* l'autre à l'*éléphantiasis* des Arabes. — Ce que j'en ai dit suffira-t-il pour montrer combien cette première distinction est féconde, et de quelle manière l'auteur en a tiré parti ?

Les maladies de la deuxième division, considérées au point de vue étiologique, marquent un des plus grands progrès de la pathologie dermique ; la sous-division en maladies *parasitaires* et *diathésiques* en est la preuve. Bientôt deux sections très-naturelles se présentent pour les premières, et l'on observe des parasites animaux, maladies *zoo-parasitaires,* et des parasites de nature végétale, *phyto-parasitaires*.

Les maladies zoo-parasitaires ne sont pas nombreuses, il est vrai, et encore serait-on tenté peut-être d'en réduire le nombre admis par M. Gintrac ; non que l'histoire du dragonneau, qu'il a placée là, ne soit très-bien exposée, mais parce qu'il me semble qu'il usurpe une place qui ne lui appartient pas. Est-ce bien une maladie cutanée que détermine ce parasite ? Il sort par la peau ; sait-on bien par où il entre, et n'occupe-t-il pas le tissu cellulaire [1] ? Quoi qu'il en soit, fidèle à sa manière, notre auteur ne laisse rien

[1] C'est parmi les maladies du *tissu cellulaire* que les auteurs du *Compendium de Chirurgie* l'ont placée. — Tome II, page 9.

ignorer sur son compte, depuis le premier fait rapporté par Agatarchide (de Gnide) (140 ans avant J.-C.), jusqu'à nos jours. Il raconte deux cas qu'il a observés. Dans l'un, l'examen microscopique du ver lui a montré ce qu'avait déjà vu Jacobson, et ce qu'a observé depuis le professeur Benoît, de Montpellier. « Ayant divisé, dit M. Gintrac, sur divers points, les téguments, je ne vis aucun canal; mais je retirai une matière pulpeuse. Des fragments de cette matière vus au microscope me parurent formés d'une multitude innombrable de filaments non ramifiés, en partie repliés sur eux-mêmes, et terminés en pointes très-acérées. Ces *filaments* offraient une grande ressemblance avec les *vibrions* du vinaigre. » Et plus loin : « J'ai vu une multitude de petits filaments *qui étaient incontestablement des dragonneaux prêts à naître*. »

L'histoire de la *phthiriase* ou maladie pédiculaire, et celle de la *gale*, de la présence sous l'épiderme d'arachnides microscopiques, complètent cette section. Quant à cette dernière, M. Gintrac vous fait assister à l'histoire complète de ce parasite, tantôt aperçu, tantôt nié, et à toutes les questions qui se rattachent à cette maladie. C'est dire que les travaux de MM. Bourguignon et Hébra y sont très-honorablement mentionnés. L'article relatif au diagnostic différentiel y est exposé avec la plus grande lucidité.

La question relative aux maladies *phyto-parasitaires* n'en mentionne que cinq : *favus, porrigo decalvans, herpès tonsurant et circiné chronique, sycosis ou mentagre,* et *chloasma ou pityriasis versicolor*.

Pour l'histoire des parasites végétaux, M. Gintrac invoque les travaux du célèbre professeur Schoenlein, ceux de MM. Ch. Robin, Gruby, Remak, Lebert, Vogel. C'est un plaisir de lire les articles consacrés au favus, au porrigo, au sycosis, au chloasma. On y voit se développer, avec la plus grande clarté, l'exposition la plus méthodique de ce que

tout médecin a intérêt à connaître, tant sous le rapport de l'histoire naturelle, physiologique, pathologique de ces maladies, que sous le rapport du traitement. La discussion des points litigieux y est faite avec tant d'impartialité, que le lecteur est libre de former son opinion, et ce n'est pas là, je crois, un mince éloge pour celui qui enseigne.

Il ne va bientôt plus me rester de place pour terminer mon appréciation, et pourtant je voudrais encore faire connaître comment l'auteur a traité sa seconde sous-division, celle des maladies chroniques diathésiques. — Ici, il faut se rappeler la division qui lui appartient et qu'il a établie dans son t. II, p. 422, en diathèses *polygéniques* et *monogéniques,* pour voir que deux sections doivent présider aux maladies cutanées chroniques.

La première, *diathèse polygénique,* comprend cinq ordres tout à fait naturels. Déjà, les nosologistes avaient consacré les deux premiers sous les noms de *syphilides*, puis de *scrofulides.* Le troisième était aussi admis par MM. Hardy et Bazin, et avant eux, par Alibert et M. Gibert; mais on ne lui avait pas donné un nom qui rappelât qu'il appartenait comme les deux autres à une diathèse polygénique, et M. Gintrac lui a consacré le nom d'*herpétides.* Il a appelé *cancrides* le quatrième, comprenant les maladies cutanées issues de la diathèse cancéreuse, et il en forme un cinquième sous le nom d'*arthritides.* On lui accordera facilement la grâce qu'il demande pour ces néologismes, presque les seuls qu'il se soit permis, et qui semblent forcés dès l'instant qu'on admet les idées qu'ils expriment. Mais je ferai une réserve contre l'appellation d'*arthritides* donnée à son cinquième ordre, non contre le mot, mais contre la chose. J'admets certainement la diathèse arthritique; mais les maladies cutanées qui *en dépendent* me paraissent un peu problématiques. S'ensuit-il qu'une maladie de la peau se manifeste chez un goutteux pour qu'elle doive être assi-

gnée à la diathèse? Je n'oserais l'affirmer. Les sueurs partielles, *éphidroses*, les collections de matières plâtreuses, les concrétions arthritiques, sont bien des symptômes caractéristiques de la diathèse goutteuse; mais sont-ce des maladies cutanées? J'en laisse juge M. Gintrac; et puis dans le mot lui-même d'*arthritides*, n'y a-t-il pas quelque chose qui paraît illogique? *Arthritide cutanée* ou *maladie cuta née arthritique* ne me semble pas s'accorder.

Chacun des ordres de cette sous-division a été traité avec un soin scrupuleux. Il suffit de savoir que les *herpétides* n'ont pas absorbé moins de 154 pages d'un fort in-8°. Aussi, cet ordre est-il le plus riche. Ne comprend-il pas les herpétides *érythémato-papuleuses*, érythème, urticaire, lichen chronique, et prurigo; les herpétides *squameuses*, pityriasis, psoriasis; les herpétides *vésiculeuses*, psydracia, eczéma, pemphigus chronique, rupia; les herpétides *pustuleuses*, ecthyma chronique, impétigo? Et ne voit-on pas là le plus judicieux emploi de la distinction des *formes* comme caractère secondaire, tandis que divers auteurs en ont voulu faire un caractère principal? Aussi, que de lumières dans ce chapitre.

La deuxième section, maladies de *diathèse monogénique*, termine ce véritable traité des dermatoses, et comprend, non plus des ordres, mais des maladies dont chacune a son histoire à part. — Là se rangent la *plique*, qu'on pourrait être étonné peut-être de n'avoir pas vue mentionnée plutôt à l'occasion des maladies des cheveux; mais cette maladie est endémique à diverses parties de la Pologne et ne se voit à peu près que là; elle est héréditaire, et paraît se comporter à la manière d'une cause diathésique spéciale, inhérente à un pays, à une population; et ces considérations militent en faveur de la place que lui a assignée M. Gintrac.—Les autres maladies à diathèse monogénique sont la *pellagre*, l'*acrodynie*, l'*éléphantiasis des Grecs*, dont l'auteur

a tracé l'histoire dans tous ses détails, avec d'autant plus d'intérêt pour la pellagre en particulier, qu'il a eu l'occasion de l'observer souvent, car elle existe à l'état endémique dans un contrée voisine, les Landes. L'hôpital Saint-André nous a souvent fourni l'occasion d'étudier cette maladie, à nous qui n'avons fait qu'y passer. — Qu'est-ce, en effet, six ans et quelques mois? — Mais M. Gintrac, dans un service permanent de plus de vingt ans, l'a vue bien davantage. Aussi, il raconte en détail trente observations, choisies parmi un grand nombre. Ces faits lui ont servi à ajouter quelques traits à l'histoire de la pellagre, et à élucider surtout la grande question d'étiologie, au moins pour restreindre l'action de cette cause assignée par les médecins lombards, appuyée par M. Roussel, l'usage du maïs, soit par ses mauvaises qualités, soit par l'effet du *verderame, sporisorium maïdis* du Dr Balardini.

La discussion de tous les points qui se rattachent à la connaissance de la pellagre, soit sous le rapport étiologique, soit pour l'anatomie et la physiologie pathologique, soit par ses terminaisons diverses, soit pour son traitement, se trouve si approfondie dans l'article que M. Gintrac lui a consacré, que nous n'hésitons pas à le recommander comme l'un des plus autorisés sur ce point. Dans cette section, il a mentionné encore, et cela seulement pour être complet, diverses maladies qu'on n'observe pas dans nos contrées, telles que le *Radesyge,* maladie de la Scandinavie et de la Norwège; la *maladie du Dithmarsen,* sur la Baltique, entre l'Elbe et l'Eyder; la *maladie de l'Estonie,* sur les bords du golfe de Finlande; la *maladie du Scherlievo* ou *de Fiume;* la *maladie du Canada,* dans la baie de Saint-Paul; la *Morula d'Islande* (Button-Scurvi); le *Sibben,* propre à l'Écosse, spécialement aux provinces de Galloway et d'Ayrshire; le Yaws (pian ou framboesia), maladie de l'Afrique transportée aux Antilles; l'*ulcère contagieux de Mo-*

zambique; le *bouton d'Alep*, observé par le Dr Willemin; enfin, le *Bouton de Biskara*.

L'histoire de toutes ces maladies est tracée d'après les faits fournis par les divers auteurs qui les ont observés, et éclairée parfois par la discussion judicieuse des opinions plus ou moins opposées.

J'ai fini; mais je ne prétends pas, malgré l'étendue de ces articles, avoir fait connaître, comme il conviendrait, la valeur de l'ouvrage de M. Gintrac. Après ce que j'en ai dit en détail, je puis ajouter, en général : que c'est un de ces ouvrages dont la réputation s'accroîtra à mesure qu'il sera mieux connu; que c'est la source la plus riche des notions les plus vraies de dermatologie; que tout ce qui se rattache surtout aux articles d'anatomie et de physiologie pathologique, est un modèle de discussion sérieuse, d'exposition de tout ce qu'on sait jusqu'à ce jour sur ces matières si ardues et si riches à la fois; et enfin que si cet ouvrage portait le nom d'une célébrité de la capitale, les trompettes de la renommée n'auraient pas assez d'éclat pour lui rendre justice.

Si le fonds est digne de ces éloges, la forme ne lui cède en rien : style sévère, concis, d'une grande clarté, élégant, tel qu'il convient à la littérature médicale qui aspire à devenir classique et à vivre dans la postérité.

Je ne recule pas devant l'expression de mon jugement, quoique l'auteur soit mon collègue et mon ami, parce que j'ai la confiance que tous ceux qui liront cet ouvrage trouveront que je n'ai été que juste et impartial. — COSTES.

Traité pratique de l'hygiène et des maladies de l'enfance, par le Dr LE BARILLIER, médecin en chef de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux.

Nous arrivons un peu tard pour parler d'un livre dont la 2e édition est sous presse, le premier tirage (500 exem-

plaires) s'étant rapidement épuisé. Ce succès, tout à fait exceptionnel pour les publications de la province, ne nous surprend pas : tout ce qui a trait à l'enfance, tout ce qui jette sur ce premier acte du drame de la vie les clartés de l'expérience et du raisonnement pratique, doit nécessairement avoir cours à une époque se résumant tout entière dans l'aphorisme philosophique : *Judicare ab initio finem*. En s'adressant aux personnes étrangères à la médecine, l'auteur devait surtout exciter l'intérêt des mères de famille, car il leur offrait la véritable dédicace de ce guide expérimenté, sur ce qui incombe à l'éducation physique des enfants et aux maladies nombreuses qui les assiégent. Avec un tel patronage, avec les fruits d'une consciencieuse spécialité, M. Le Barillier devait s'attendre au flatteur accueil qu'a reçu son ouvrage.

Empressons-nous cependant de le dire : en déclinant avec une modestie qui l'honore toute prétention d'avoir écrit un traité didactique, M. Le Barillier n'en a pas moins abordé son sujet en praticien qui parle à ses confrères le langage de l'observation et du savoir. Pour être sommaire, il ne cesse pas d'être médecin, et si la concision, la forme élégante et facile mettent son livre à la portée de tous, le caractère traditionnel et scientifique n'y fait jamais défaut. Un rapide coup d'œil suffira pour démontrer cette vérité.

L'ouvrage est divisé en deux parties : 1° alimentation et hygiène de l'enfance; 2° étude indicative des maladies les plus connues des premières époques de la vie. Une introduction où se révèle le physiologiste attentif, sert d'avant-scène et analyse les phénomènes tout à fait primitifs de l'existence extra-utérine. Poids, développement de l'acte respiratoire, de la circulation, des fonctions des deux vies, etc., se trouvent appréciés et placés sous la sauve-garde des autorités les plus recommandables. Depuis Haller jusqu'à MM. Roger et Bouchut, M. Le Barillier invoque, à l'appui

de ses rapides considérations, les données d'une érudition toujours conforme à ses opinions personnelles. On ne saurait trop le louer de se placer sous l'égide des grands noms de la médecine infantile, quand il veut appuyer le résultat de ses propres recherches et les faire prévaloir. Les idées de M. Villermé sur la taille des hommes, celles de M. Richard de Nancy sur l'accroissement des membres, de M. Barrier sur l'*aurore* des facultés intellectuelles, sont habilement enchaînées au texte dont l'auteur forme les éléments de cette introduction, chapitre peut-être le plus saillant de son travail. Là, en effet, M. Le Barillier est essentiellement homme d'étude et d'application ; là, son livre échappe à toute tentative de vulgarité et de littérature extra-médicale. Dans ces douze premières pages, pas une proposition, pas un mot qui ne soit rigoureusement l'expression des théories de l'école et la vérification sévère des lois initiales de la vitalité. Aussi, les lecteurs, et surtout les lectrices, peu aptes à saisir la valeur de cette introduction, l'ont à coup sûr rapidement passée pour arriver aux chapitres suivants.

L'alimentation des enfants, ce fait immense de toute la vie extérieure, et qui en *ouvre les portes*, ne pouvait, dans le livre que nous analysons, être envisagée comme accessoire. Aussi comprend-on de prime-abord l'importance des réflexions qu'elle suggère à l'auteur. — Considérant l'allaitement au point de vue d'une saine indication hygiénique, il insiste avec raison sur les avantages de cette nutrition primordiale prise au sein maternel, et dans les conditions physiques et morales qui entourent un devoir auquel la nature attache les mères par un plaisir (Tissot). Ces conditions, si clairement établies dans l'intéressant *Compendium des mères-nourrices*, de M. Donné, sont adoptées par M. Le Barillier, qui part de ce point pour entrer *de plano* dans l'examen des problèmes suivants : *nourrices, allaitement*

mixte, allaitement artificiel, allaitement par la chèvre, sevrage, régime des enfants après le sevrage. On comprend, par la valeur de ces titres, celle des détails qu'ils comportent. Nous regrettons de ne pouvoir, sans dépasser, à coup sûr, les limites d'un compte rendu, entrer dans le vif de ces questions, traitées avec une lucidité toute spéciale par notre honorable confrère.

Nous hasarderons seulement, sur le chapitre de l'époque du sevrage que M. Le Barillier, d'accord en cela avec M. Bouchut, veut prolonger jusqu'au dix-huitième mois, une toute petite remarque : c'est que, dans les trois quarts des cas, l'allaitement d'un an suffit chez les enfants bien constitués, bien nourris et qu'on a su habituer à l'alimentation mixte et progressive. On observe même que l'usage de donner par degrés à l'estomac du nourrisson un supplément alimentaire sain et varié, développe chez lui une énergie croissante, favorise l'issue des grosses dents, fortifie le système musculaire, en un mot *avance* l'enfant en initiant sa vie organique aux nécessités de l'assimilation générale.

L'article *vêtements,* qui vient après, a pour corollaires obligés la layette et le maillot, puis des indications sur les dangers de trop serrer les enfants, de les emmailloter sans précaution, de les vêtir, plus tard, selon le caprice et les fantaisies de la mode; et à ce propos, nous appuyons de toute la force de notre conviction le paragraphe suivant :

« La méthode dite *anglaise* d'élever les enfants tend à » se généraliser parmi nous. Comme toujours, on dépasse » le but. Est-il naturel de laisser, par un temps froid et ri- » goureux, des enfants les bras et les jambes nus? Combien » de fois n'avons-nous pas vu de pauvres petits êtres pâles » et étiolés, les jambes et les mains rouges, engourdis par » le froid, traînés à la promenade par des bonnes qui n'ou- » bliaient pas, elles, de se prémunir contre la rigueur de » la température!! »

Le livre III a trait aux *gesta*. L'exercice, le repos et le sommeil y reçoivent un sérieux examen. M. Le Barillier, tout en faisant la part hygiénique qui revient à une salutaire locomotion, ne veut pas qu'on se hâte de faire marcher les enfants; il démontre les dangers de cet empressement irréfléchi, qui les expose à de graves lésions du système osseux, quand on s'obstine à vouloir, même à l'aide des lisières, des *promènes*, des appareils roulants, etc., les rendre bipèdes avant la consolidation de leurs épiphyses Abandonné à lui-même, l'enfant, selon l'énigme du Sphynx, marchera d'abord à quatre pattes, et, contrairement aux idées de Zimmermann, de J.-J. Rousseau et d'autres détracteurs de la station humaine, il accomplira moins par imitation que par contrainte organique la seconde partie du programme. Laissez-lui sa spontanéité, et il y aura plus de sûreté dans le redressement de son torse, plus de vivacité dans l'élévation de son vertex, plus de solidité dans le premier appui de ses deux pieds sur le sol.

Le sommeil, cet intermède de la vie active, est une des grandes nécessités de la première enfance. Pourquoi tant de repos à cet âge? La saine physiologie l'indique. Le travail assimilateur, l'organoplastie, s'accordent parfaitement de ces temps d'arrêt prolongés des appareils musculaire et nerveux. Aussi faut-il laisser les enfants s'endormir, et si, avec M. Donné, nous croyons qu'il ne faut ni bercer, ni chantonner, ni se dispenser de faire du bruit dans la chambre de l'enfant qui dort, nous pensons aussi qu'il ne faut pas le gêner dans son besoin de *sieste* et qu'il est toujours très-peu hygiénique de brusquer son réveil. Qu'on n'oublie pas la mélodieuse méthode employée par le père de notre immortel Michel Montaigne, et si ses *joueurs de flûte* ne sont pas un absolu réveil-matin, encore faut-il ne pas effrayer le petit dormeur par des transitions trop bruyantes ou des secousses inconsidérées. Ajoutons, avec M. Le

Barillier, que le berceau de l'enfant sera formé de préférence par des coussins de bale d'avoine ou de feuilles sèches de fougère : la plume et la laine ont l'inconvénient d'entretenir une trop forte chaleur et de conserver l'odeur de l'urine... Le meilleur lit, au surplus, est celui qui procure le meilleur sommeil : il n'y a pas de lit dur pour qui dort en se couchant, a dit J.-J. Rousseau.

Avec la seconde enfance arrivent les jeux, les exercices, la gymnastique, *acta* féconds en préceptes que le Manuel de notre confrère met habilement en relief. Le choix des promenades, des récréations, des courses; les dangers qui tiennent aux fatigues trop précoces de l'intelligence et de l'organisation, forment la matière d'un excellent chapitre, que Desessart et Moreau de la Sarthe, ces infatigables spécialistes, n'eussent certes pas désavoué. Il en est de même du livre IV, intitulé : *Soins de propreté, bains, frictions sèches.* Là, nous retrouvons encore les avis d'une prudence expérimentée, étayés sur des points de doctrine généralement admis. Tout ce que M. Le Barillier dit de l'action du froid comme cause débilitante et mortifère chez les nouveaux nés, les réflexions qui le conduisent à penser que le sclérème est, chez ces jeunes êtres, presque toujours étiologiquement lié à un extrême abaissement de température, doit recevoir l'approbation des observateurs, malgré l'expérience contraire de M. Charcelay, qui attribue plus volontiers cette maladie à une lésion organique des reins.

La mortalité dans l'enfance, dont les statistiques de ces derniers temps ont fixé le chiffre énorme, a mis M. Le Barillier dans l'obligation de dresser des tables de localité, et de les placer en regard des supputations de MM. Quetelet, Villermé, Milne Edwards, et dernièrement Marc D'Espine, dont le tableau a le premier décomposé cette mortalité par semaine.

Les chiffres de Bordeaux, établis sur les calculs de M.

Viette, chef de division à la Préfecture de la Gironde, ont donné à notre confrère les résultats suivants :

Années 1854-55-56-57.

Naissances		22,431.
Morts :	1re semaine	1,841.
	1er mois	2,603.
	Avant le 4e	3,194.
	Après 6 mois	3,672.
	A la fin de la 1re année	4,599.

D'où 17,832 de survivants.

Cette mortalité, quelque considérable qu'elle paraisse, est loin d'approcher de celles de Paris, de Genève, de Lyon, de Lille surtout, où la proportion de la mortalité annuelle chez les enfants au-dessous de cinq ans est d'un cinquième environ.

Nous regrettons de ne pouvoir donner *in extenso* les considérations hygiéniques auxquelles l'auteur se livre sur ces calculs et sur leur portée comme éléments de population et de conservation des masses, surtout dans les grands centres. Ce chapitre, moins abrégé que les précédents, est un reflet bien senti de la thèse si riche de faits et de conclusions pratiques dont M. Béclard a enrichi la science [1]. Il sert de terme final aux enseignements du livre de M. le Dr Le Barillier, en ce qui a trait aux soins et précautions que réclame l'enfant à l'état de santé.

A cette partie essentiellement populaire de son Traité, l'auteur fait succéder une sorte d'*Appendix* nosologique, cadre exact mais étroit où se groupent les nombreuses maladies dont le jeune âge est tributaire. Cette section de son travail a dû donner beaucoup d'embarras à notre honorable confrère. C'est l'écueil de tous les livres de médecine qui s'adressent aux gens du monde, de parler un

[1] *Hygiène de la première enfance.* (Thèse de Concours, 1852.)

langage mixte, peu clair, incompréhensible pour ces lecteurs incompétents qui pourtant se croient capables de traduire à livre ouvert la technologie la plus obscure, parce qu'ils ont lu quelques volumes d'Honoré Balzac! Il était au surplus très-difficile à l'auteur de se soustraire à l'une ou à l'autre de ces deux exigences; et tout en donnant des conseils prudents aux mères de famille au sujet de l'invasion et des prodromes des maladies, il conclut par cet axiome trop souvent oublié au début d'une affection grave : « *Le médecin seul est apte à soigner les maladies de l'enfance.* »

Nous nous abstiendrons de suivre l'énumération concrète de ces affections du premier âge; elle échappe à l'analyse, et n'a pas la prétention de prendre rang parmi les Traités de nosographie sérieuse; nous l'avons déjà dit, et si nous le répétons, c'est pour reconnaître la fidélité doctrinale, l'actualité des recherches, la rigoureuse appréciation thérapeutique qui ont présidé à ce *synopsis* pathologique. Avec la même franchise, nous dirons à M. Le Barillier qu'il n'a pas assez énergiquement fait justice de quelques préjugés, notamment de celui qui concerne la génésie vermineuse et ses fabuleux maléfices. Dans l'explication du mécanisme lent et difficile de la dentition, ne laisse-t-il pas trop de marge aux idées reçues, par exemple aux mouchetures sur les gencives, incisions au moins inutiles, et que M. Trousseau a raison de considérer comme nuisibles dans la plupart des cas? — Signalerons-nous aussi une lacune dans l'histoire du croup et de la trachéotomie, et le silence gardé sur le tubage de la glotte dont M. Bouchut fut l'apôtre malheureux? — Enfin, pourquoi notre si exact confrère a-t-il exclu de la légende morbide de l'enfance la syphilis héréditaire, dont les manifestations multiples, décrites par Faguer, Bertin, de Mahon, et si bien étudiées dans ces dernières années par notre savant ami le Dr Diday, lui auraient fourni un paragraphe si essentiel et si plein d'intérêt?

Voilà des remarques dont la valeur, disons-le encore en terminant, est diminuée par le but réel, presque unique, que s'est proposé notre auteur. Donner des avertissements aux personnes chargées de l'éducation physique et morale des enfants; mettre aux mains indécises de l'inexpérience le fil conducteur et le flambeau qui doivent la guider au milieu des habitudes et des erreurs dont l'hygiène du premier âge se trouve obscurcie, c'était là, il faut l'avouer, une tâche restreinte, mais pourtant une assez louable entreprise, un lot digne et satisfaisant pour celui qui ambitionnait de l'obtenir. Le succès du livre de M. le Dr Le Barillier prouve l'utilité de son œuvre, et nous l'en félicitons sincèrement. J. Venot.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

L'Égypte, comme séjour d'hiver d'Européens malades; par M. W. Reil. — Nous ne professons aucun scepticisme outré en matière médicale, même pas relativement à la phthisie pulmonaire. Nous reconnaissons la valeur de certaines médications, récemment proposées contre cette cruelle maladie. Mais il faut bien admettre que, dans l'état actuel de la science, les questions d'hygiène dominent encore le problème de sa curabilité. Parmi elles figure en première ligne celle des conditions climatériques; leur importance n'a jamais été contestée; elle a reçu une nouvelle sanction par les récents travaux de MM. Rochard, Fonssagrives, et d'autres encore.

En Angleterre, et surtout en Allemagne, l'Égypte a, dans ces dernières années, acquis une grande réputation comme station hivernale des phthisiques; parmi nous, elle a, jusqu'à présent, peu fixé l'attention, quoique des raisons de toute nature doivent nous attirer, plus que personne, vers ce pays. Les importantes relations commerciales qui existent entre lui et la France, la présence de nombreuses et prospères colonies françaises dans les grandes villes de l'Égypte, la rapidité et la commodité des communications, la popularité et l'influence du nom fran-

çais sur cette terre illustrée par nos savants comme par nos guerriers, tout concourt à nous la rendre sympthique et hospitalière.

Déjà quelques publications ont été faites sur l'Égypte considérée au point de vue médical. (Voy. notamment : *De l'influence du climat de l'Égypte sur les tubercules pulmonaires,* par M. A. Reyer, professeur de chirurgie au Caire; trad. de l'allemand par M. P. Picard, in : *Gazette hebdomad.,* n° 46, année 1856.) Nous croyons devoir compléter ces premières données, en analysant ici un ouvrage qui vient de paraître. Son auteur, M. W. Reil, ancien professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Halle, actuellement fixé au Caire, est déjà très-favorablement connu par des travaux de thérapeutique et de pharmacologie; il porte dignement un nom européen. Ajoutons que cet écrit résume les observations de médecins qui ont été longtemps établis en Égypte, ou qui le sont encore; tels sont Russegger, Niebuhr, Verdot, Coutelle, Destouches, Pruner, Reyer, etc.

L'Égypte, depuis le Delta jusqu'à Assuan, occupant en longueur plus de 7 degrés de latitude, située de 24°5'23" à 30°35'30", et entourée de déserts immenses, a un climat aussi chaud que sec, et qui est sujet à des variations très-faibles. La sécheresse et la ténuité de l'air laissent traverser facilement les rayons du soleil; ceux-ci agissent plus directement et avec beaucoup d'intensité; les rochers calcaires nus et blanchâtres, les vastes plaines de sable qui constituent le désert, et l'absence complète de forêts, augmentent la production et la réflexion de la chaleur; et n'étaient les vents, dont nous parlerons plus loin, la température annuelle moyenne de l'Égypte serait excessivement élevée, et les chaleurs de l'été y seraient insupportables.

Les localités où ont été faites les observations météorologiques les plus nombreuses et les plus exactes, sont : Alexandrie, située sur la côte; le Caire, à l'extrémité du Delta, et Thèbes, dans la Haute-Égypte.

La première de ces villes, placée le plus au nord, presque sous le 31e degré, sur une étroite langue de terre, entre deux ports de mer, assez éloignée du désert et exposée aux vents maritimes, a naturellement la température relativement la plus basse. D'après les observations de MM. Lesseps et Russegger, la

température moyenne d'Alexandrie et des côtes de l'Égypte est de 16 degrés Réaumur.

Le Caire est situé à 1 degré plus au sud; ce n'est pas toutefois à cette situation géographique seule qu'il est redevable de sa température plus élevée. Cette ville est placée à une demi-lieue du Nil, sur un point où commence à peine à s'élargir l'étroite vallée de ce fleuve, resserrée entre des bandes du désert qui s'élèvent à une hauteur de plusieurs centaines de pieds; elle s'étend au versant occidental du Mocattam, montagne formée de calcaire blanchâtre, de telle façon que vers le nord-est, l'est et le sud, son grand segment touche immédiatement au désert. Le voisinage de celui-ci, et les courants d'air qui, lorsque règnent les vents de sud, arrivent de la Haute-Égypte comme d'une fournaise, sont autant de circonstances qui élèvent la température. D'après des observations faites au siècle dernier et de 1834 à 1841, elle est en moyenne de 17 à 18 degrés Réaumur; dans l'année 1857, où l'hiver était exceptionnellement froid, elle n'était que de 16°,29 (d'après l'auteur et M. Reyer).

Aux environs de Thèbes, située au 26e degré, Folfi calcula la moyenne de douze mois (1845-46) à 21°25'.

Les mois les plus chauds sont juillet et août; septembre aussi étonne les Européens, parce que l'humidité produite par l'inondation du Nil, remplit l'atmosphère et provoque des sueurs débilitantes. En 1857, la température mensuelle moyenne au Caire était, de juin à septembre, 21°48', — 22°41', — 23°19', — 19°13'. Les mêmes mois sont encore bien plus chauds dans la Haute-Égypte.

Quant à la pression de l'atmosphère, Russegger et Ruppel trouvèrent à Alexandrie une moyenne barométrique de 338,08" P. L.; au Caire, Coutelle et Destouches notèrent 336,02". M. Reil n'observa qu'une différence, au maximum, de 2,00"', et encore rarement.

L'humidité de l'air est si faible, qu'elle ne mérite de fixer l'attention que pendant quelques mois; encore ceci ne s'entend que d'Alexandrie, de toute la côte et d'une partie du Delta. Partout ailleurs, l'immense quantité même de l'eau qui submerge la vallée entière du Nil pendant son inondation, n'exerce aucune influence sur l'air sec du désert, qui arrive de deux côtés.

— D'après les observations barométriques de Destouches, décembre paraît être le mois le plus humide; d'après les sensations que chacun éprouve, les mois où l'inondation est complète semblent encore plus humides, parce qu'alors la chaleur est plus forte qu'en décembre, tandis que celui-ci correspond plutôt à la température de la fin d'été en Europe.

La rosée, le givre et les brouillards ne sont pas en Égypte aussi rares qu'on le suppose communément. Sur les côtes de la mer, la rosée et les brouillards se montrent toute l'année, le matin et le soir, et la pluie y est fréquente de septembre en avril, sans être fixée plus particulièrement à telle ou telle partie de la journée. Pendant l'hiver, les brouillards sont un phénomène presque régulier sur le Nil au lever du soleil, depuis le Caire jusque dans la Haute-Égypte; mais ce n'est qu'aux environs du Caire qu'ils persistent souvent jusqu'à dix heures du matin; plus loin, les premiers rayons du soleil suffisent pour les dissiper.

Les pluies sont extrêmement rares dans la Haute-Égypte et en Nubie; elles le sont moins dans le voisinage du Caire. Mais de véritables averses sont des exceptions qui acquièrent une sorte de notoriété historique. Ainsi on cite les fortes pluies de l'année 1299; il pleuvait pendant plusieurs jours, à la fin du siècle dernier, avant l'apparition d'une meurtrière épidémie de peste; dans le courant de l'année 1824, il pleuvait pendant huit jours consécutifs; en 1832, pendant trois jours, et pendant deux jours en 1858; mais toutes ces pluies n'amenaient au sol que de faibles quantités d'eau. On observe au Caire, pendant l'hiver, en moyenne, huit à dix fois de légères ondées, qui ne durent souvent que quelques minutes et ne sont point comparables aux pluies générales de nos contrées. En 1857, il y eut treize jours de pluie; souvent celle-ci ne consistait qu'en quelques gouttes; janvier et février étaient relativement les mois les plus pluvieux.

Les vents aussi suivent la marche des saisons, et leur force varie selon les périodes du jour. De juin en avril, ce sont les vents de nord qui dominent, se combinant, tantôt avec les vents d'est, tantôt avec ceux d'ouest; en avril et mai, exceptionnellement en mars et même en février, mais alors avec bien

moins d'intensité, soufflent les vents de sud, notamment le brûlant *chamsin*. Au Caire, les vents de nord dominent toute l'année : ils sont aux autres vents comme 6 est à 1. L'air y est ordinairement fort calme le matin; le vent s'élève vers dix heures, s'accroît jusqu'au coucher du soleil, et s'éteint alors, pour augmenter de nouveau vers minuit; à cette heure, en hiver, le vent nord-ouest se transforme assez fréquemment en véritable ouragan.

Aux jours où, dans la vallée du Nil, règne un calme plat, sans que le moindre air agite les couronnes des palmiers, frémit sans cesse dans le désert un léger souffle, produit par les couches d'air atmosphérique chaudes qui s'élèvent du sol.

Le chamsin, qui ne diffère que de nom du simoun et du siroco des autres contrées de l'Afrique, souffle rarement plus longtemps que deux à quatre jours, mais souvent avec une violence extrême. Tous les observateurs s'accordent en ce point que la chaleur et le mouvement de l'air ne sont pas les uniques agents producteurs de ce phénomène météorologique, et que l'électricité y joue un rôle important. Abstraction faite de ce que tout Européen compare le calme et la chaleur étouffante qui précèdent ce vent, à la sensation que lui faisaient éprouver les orages de son pays natal, le chamsin se termine dans la Haute-Égypte presque constamment par des orages; l'électromètre indique dans l'air une forte quantité d'électricité, qui est d'abord négative, ensuite positive, et passe rapidement d'un pôle à l'autre.

Des orages ne sont pas rares, pendant l'hiver, dans le Delta et dans le nord de la Haute-Égypte; plus au sud, il y en a aussi pendant l'été, mais ceci est extrêmement rare au Caire, à l'exception de quelques éclairs qu'on y voit parfois.

L'histoire enseigne que l'Égypte n'a pas toujours été épargnée par les tremblements de terre; mais ils n'ont jamais causé autant de ravages qu'en d'autres pays qui lui sont en partie limitrophes. Dans ces derniers temps, c'est au Caire particulièrement qu'on a observé de fréquentes oscillations : ainsi, deux fois en 1837, puis en 1844, 1845, 1846, et, pour la dernière fois, le 12 octobre 1856.

A ces données sur le climat de l'Égypte en général, nous

ajouterons quelques détails relatifs à l'hiver de cette contrée. C'est surtout pendant cette saison que les malades y habitent, et conséquemment elle offre un intérêt médical plus direct. D'après les observations de Mittermaier, Reyer, et celles de l'auteur, la température moyenne des mois d'octobre, novembre, décembre, janvier, février et mars, est de 13°,04. « Si nous comparons, dit M. le Dr Reil, à ces chiffres, la température de Halle, ma ville natale, située sous le 52° 68' de latitude nord, nous trouvons que la moyenne des mêmes mois d'octobre à mars, extraite des observations faites par moi pendant cinq ans, est de + 2°,01 Réaumur, et celle des six mois d'été, de 11°,40. Conséquemment, les six mois frais du Caire sont encore de 2°,30 plus chauds que les six mois chauds de Halle, et même la température moyenne de l'hiver correspond assez exactement à la température moyenne des deux mois les plus chauds, juillet et août, à Halle.

» Quant à chaque mois en particulier, octobre, avec une moyenne de 16°,81 à 17°,60, est beaucoup plus chaud que notre mois le plus chaud. Novembre devient déjà plus frais de 3°; cependant, à midi et à l'ombre, la température s'élève souvent à 20°, tandis que, même au lever du soleil, elle ne descend pas au-dessous de 7°. La température moyenne en décembre est de 10-12°,88; comme maximum, j'ai observé 18°,8; comme minimum, 4°,4. En janvier, la température reste à peu près la même qu'en décembre. Le mois le plus froid en Égypte est constamment février. En 1857, pendant sa durée, la moyenne s'éleva à 9°,45; le minimum de chaleur était de 2°,70, le maximum de 16°. La première moitié du mois de mars appartient encore à l'hiver, tandis que sa seconde moitié, qui compte ordinairement plusieurs jours où souffle le chamsin, est comme un commencement du printemps. »

La période la plus fraîche de la journée est, dans tous les mois, celle qui précède le lever du soleil; la température s'élève ensuite à sa plus grande hauteur jusqu'à deux heures, et s'abaisse graduellement jusqu'au coucher du soleil, sans toutefois égaler la température du matin. La différence des oscillations diurnes est d'autant plus grande que le thermomètre était plus bas aux premières heures de la journée. En voici quelques

exemples : lorsque, au 12 et au 13 janvier 1858, le thermomètre n'indiquait, à sept heures du matin, que 2°,80 et 2°60, qu'il y eut du givre en plusieurs endroits, et que certaines plantes *(solanum lycopersicum, melongena, arum colcassia)* présentaient des feuilles gelées et puis desséchées, la température s'éleva, à deux heures, à 12° et 13°,40, et était, à neuf heures du soir, de 6°,25 et 8°,50. Au 2 février, qui fut le jour le plus froid de cet hiver, il fit, à sept heures du matin, + 2°, et l'eau gela sur une barque mouillée sur le Nil; à deux heures, il fit 9°,40, et à neuf heures du soir, 5°,25.

En résumé, l'hiver est toujours assez doux pour qu'en se promenant, suffisamment vêtu, dans des lieux inaccessibles aux vents de nord et de sud, qui sont parfois frais, on n'ait jamais froid, à la condition expresse, cependant, qu'on ne sorte pas avant dix heures du matin.

Il en est autrement quant à la température dans l'intérieur des maisons. Beaucoup dépend ici de la manière plus ou moins complète dont ferment les portes et fenêtres, et surtout de la situation des appartements à l'est, au midi, à l'ouest ou au nord. Dans une chambre située au nord, modérément vaste et haute, et ayant ses ouvertures solidement fermées à la façon européenne, la température moyenne, en décembre, janvier et février, était de 11,99, 10,52, 11,06, pendant que la température extérieure était de 9,90; 8,16; 9,53. Lorsqu'un appartement est imparfaitement clos, les deux températures diffèrent encore moins. Qu'il soit situé au sud-est, et bien fermé, il offrira une température de 2 à 3° plus élevée que celle qui vient d'être indiquée. Il est évident que dans une température de 10-11°, un Européen, au repos, ne suera pas; en Europe, nous chaufferions l'appartement, et comme en Égypte il n'y a ni cheminées ni poëles, il faut se réchauffer au moyen de vêtements appropriés, et faire le plus d'exercice possible au grand air.

Des données qui précèdent, découle une conclusion importante : *Les différences de température au-dehors et dans l'intérieur des maisons étant si faibles, et la température ne variant point dans les appartements le jour et la nuit, il n'est guère possible que les malades subissent des refroidissements, si redoutables pour eux.*

Comme la principale différence entre le Caire et Madère paraît

consister en ce qu'au Caire l'air est très-sec, et que les oscillations thermométriques sont assez considérables pendant les mois d'hiver, tandis qu'à Madère[1] l'air est très-humide et que les variations de température sont très-peu sensibles, on se demande avec raison comment, sous des influences aussi opposées, des phthisiques puissent également recouvrer la santé, et si l'action d'agents extérieurs aussi disparates ne diffère réellement pas. Le Dr Reil convient que les documents manquent jusqu'à présent, surtout en ce qui concerne le Caire, pour donner une solution définitive à ces questions; c'est tout au plus si l'on peut établir certaines indications pour Madère. Lorsque, néanmoins, nous osons en émettre pour le Caire, dit-il, nous ne les donnons qu'à titre d'opinion individuelle, et nous reconnaissons qu'elle demande à être confirmée par l'observation ultérieure. Ajoutons, toutefois, qu'elle se rattache aux idées d'un grand nombre de praticiens qui ont exercé longtemps en Égypte. La marche aiguë de la phthisie, avec fièvre intense, petite toux fréquente, grande dyspnée pendant l'exercice, expectoration peu abondante, mais souvent sanguinolente, tels sont les symptômes qui paraissent indiquer le séjour de Madère; tandis que des malades dont l'affection pulmonaire a revêtu une marche chronique, s'est souvent améliorée, a récidivé lentement, et s'accompagne d'une expectoration abondante, sans hémoptysie, se rétablissent dans l'air sec du Caire avec une promptitude extrême. Il peut paraître inutile d'ajouter qu'une condition également applicable aux deux stations hivernales dont nous traitons, c'est que la phthisie ne soit point encore arrivée à sa dernière période. Dans ces derniers cas, où il ne s'agit plus que d'aider le malade à s'éteindre doucement et, en quelque sorte, au grand air, Madère mérite d'être préféré, ne fût-ce que parce qu'on y trouve une installation plus commode.

Au premier début de tubercules pulmonaires, lorsque le malade est jeune, que sa constitution est encore forte et l'assimilation normale, M. Reil ne ferait pas de différence entre le Caire et Madère. Il est certain que l'air, dans la première de ces loca-

[1] Voyez, à ce sujet, *Madère et son importance au point de vue médical*, par le Dr Mittermaier; trad de l'allemand par M. le Dr Béguin; in : *Gazette hebdomad.*, n° 2, 1857.

lités, à cause de sa grande sécheresse, de sa pureté et de sa température relativement moins élevée, peut agir comme tonique, excitant et desséchant, tandis que l'air chaud et humide de Madère convient, il est vrai, à l'éréthisme de certains tempéraments, mais qu'il a aussi une action débilitante et dissolvante.

Le Dr Mittermaier a trouvé presque constamment, dans les autopsies de phthisiques morts à Madère, l'hypérémie des reins et leur dégénérescence granuleuse, cette dernière souvent à un haut degré. « Or, dit M. Reil, cet état pathologique n'accompagne assurément pas d'une manière si constante la phthisie pulmonaire, qu'on puisse le considérer comme en faisant partie intégrante, quand même on admettrait des rapports physiologiques entre les deux maladies. Nous nous croyons donc autorisé à exprimer le soupçon que cette affection rénale a été déterminée par l'influence du climat; dans l'hypothèse la plus favorable, il est du moins certain qu'elle n'a pas été guérie par elle. Par contre, j'invoque les faits observés par mes confrères d'Égypte, MM. Reyer, Lautner et Bilharz, et qui ont été confirmés par ce que j'ai vu moi-même : des proportions considérables d'albumine, constatées dans l'urine de phthisiques récemment arrivés d'Europe, disparaissaient pendant leur séjour au Caire ou dans la Haute-Égypte, et, dans certaines autopsies, on a rencontré des reins qui portaient les traces évidentes d'une dégénérescence granuleuse antérieure, et maintenant guérie. Il n'est pas douteux non plus qu'on a trouvé, au Caire, dans des autopsies de phthisiques qui avaient succombé à des affections aiguës intercurrentes, d'assez vastes vomiques tapissées d'une membrane lisse, conséquemment en voie de guérison, et d'autres vomiques plus petites, déjà transformées en un tissu cicatriciel et dense. »

Un point sur lequel toutes les autorités médicales sont unanimes, c'est que, même au début des tubercules, la guérison ne peut être opérée qu'à condition de voir le malade habiter pendant deux ou trois hivers l'Égypte ou Madère, et qu'une phthisie plus avancée, avec infiltration et formation de cavernes, exige, pour offrir quelques chances de succès, un domicile permanent dans ces pays.

Bien plus assurée encore que la guérison de la phthisie pulmonaire, est, au Caire et à Madère, la guérison des affections des poumons ou de la plèvre, qui ne dérivent point de la diathèse tuberculeuse. Telles sont : la bronchite chronique qui a succédé à des épanchements pleurétiques, ou qui les accompagne, la laryngite chronique, et l'emphysème. Dans ces cas, le choix entre le Caire et Madère dépendra de la constitution de chaque malade et des influences propres à chacun de ces deux climats, telles que nous les avons établies plus haut.

Il est, enfin, d'autres maladies caractérisées par un état d'asthénie, qui indiquent le séjour de l'Égypte : ce sont l'anémie, l'hydrémie, la chlorose. C'est dire aussi combien il convient aux convalescents, après des fièvres graves ou d'abondantes hémorrhagies. — (*Égypten als Winter-Aufenthalt fuer Kranke.* Brunswick, 1859; in-12. — Et *Frorieps Notizen,* nos 21 et 22; 1859.)

Voilà un aperçu assez complet du sujet sur lequel nous voudrions appeler l'attention de nos confrères. Les développements où nous sommes entré, les détails météorologiques, etc., nous ont paru nécessaires : le praticien ne saurait accepter sur parole des conclusions dont il ignore les prémisses; nous avons dû lui fournir les éléments qui sont indispensables pour qu'il en puisse contrôler la légitimité.

M. Bonchard.

Danger du phosphore blanc. — On lit dans l'*Union médicale* de Paris : « M. Poggiale a présenté à l'Académie de Médecine un Rapport extrêmement bien fait sur le Mémoire de M. Reveil, relativement à l'empoisonnement par le phosphore. Consciencieusement étudiés, exposés avec méthode, d'une forme exactement mesurée et résumés avec clarté, les Rapports de M. Poggiale peuvent passer pour des modèles du genre. »

« L'Académie a décidé, sur la proposition de M. Dubois (d'Amiens), qu'un exemplaire de ce remarquable travail serait adressé à M. le Ministre, afin que des mesures fussent prises pour obvier aux dangers qu'entraîne la fabrication des allumettes phosphorées ordinaires. »

Voici les conclusions du Rapport présenté par M. Poggiale, en son nom et au nom de MM. Chevalier et Devergie :

1° Le phosphore enflamme les tissus qu'il touche; il peut même les brûler et les désorganiser. Dans ce cas, l'inflammation qu'il détermine suffit pour rendre compte de la mort;

2° Mais ces accidents ne sont pas une condition indispensable

pour que le phosphore produise la mort. Il résulte, en effet, d'un grand nombre d'expériences, que des animaux, après avoir pris des quantités considérables de phosphore, n'ont présenté aucune trace d'inflammation. Dans ce cas, nous admettons qu'il est absorbé, soit à l'état de corps simple, soit sous la forme d'une combinaison acide;

3° Les acides du phosphore ne sont pas vénéneux; ils ne déterminent, comme les acides puissants, des accidents graves, que lorsqu'ils sont concentrés;

4° Le phosphore, introduit dans l'économie, donne lieu à des accidents variables, suivant qu'il est fondu dans l'eau, dissous dans les huiles sous forme de poudre, ou en cylindres;

5° Dans la recherche du phosphore dans le cas d'empoisonnement, il importe avant tout de s'assurer si les matières suspectes contiennent du phosphore à l'état de liberté; si on ne parvient pas à l'isoler, on doit essayer de produire le phénomène de la phosphorescence à l'aide de la méthode de Mitscherlich;

6° On recherche et on dose ensuite l'acide phosphorique et les acides inférieurs du phosphore. L'expert ne doit se prononcer que lorsqu'il a reconnu le phosphore en nature, ou par les lueurs phosphorescentes;

7° Le nombre des empoisonnements par les pâtes phosphorées et par les allumettes chimiques se multiplie tellement depuis quelques années, qu'il importe de prendre les mesures les plus sévères pour remédier à ce danger. Nous exprimons le vœu que, dans la fabrication des allumettes chimiques, on substitue au phosphore ordinaire le phosphore rouge, qui n'est pas vénéneux;

8° Enfin la Commission propose d'adresser des remercîments à M. Reveil.

— Nous nous félicitons de voir l'imposante autorité de l'Académie de Médecine appuyer les réclamations déjà souvent renouvelées de plusieurs Conseils d'hygiène de département, et de celui de la Gironde en particulier, pour obtenir la substitution du phosphore rouge au phosphore blanc dans la fabrication des allumettes chimiques. Ce serait combattre l'évidence que de prétendre qu'en interdisant la vente des poisons, on ne diminue pas le nombre des crimes ou des suicides. Sans doute, lorsque le crime et la folie ne pourront plus se procurer à chaque coin de rue, et pour quelques centimes, le plus dangereux et le plus insidieux des toxiques, ils inventeront d'autres armes; mais il est à croire qu'ils se les procureront plus difficilement, et par conséquent plus rarement. Aucune des précautions préventives que prend la société contre le crime n'est préservatrice d'une manière absolue; mais leur impuissance à le faire disparaître absolument est-elle un argument sérieux dont on puisse se prévaloir pour conseiller de les abandonner? Personne n'oserait soutenir sérieusement une pareille opinion.

Nous adressons ces réflexions à l'un des écrivains les plus spirituels de la grande presse médicale. J. J.



CHRONIQUE.

Association des Médecins de la Gironde.

Une assemblée générale a eu lieu, le 15 septembre, dans la salle du Musée, rue Saint-Dominique. Le but principal de la réunion était de former au scrutin une liste de trois candidats pour la présidence, devenue vacante par la mort de M. Arthaud.

Voici le résultat du scrutin :

1° M. Mabit.
2° M. Moussous.
3° M. Froin.

M. Moussous laissant une place vacante dans le Conseil d'administration, un nouveau scrutin a désigné pour le remplacer M. Reimoneincq.

— Dans la même séance, M. le Dr Desmaisons du Pallans (Bouscat), M. le Dr Liber (Bordeaux), M. Abaut, médecin (Tournes), ont été admis comme Membres de l'Association.

Avis. — Afin d'éviter les frais de recouvrement et de correspondance, les Membres de l'Association sont priés de faire remettre leur cotisation (admission, 12 fr., cotisation annuelle, 12 fr.) chez M. le Dr Costes, rue Baubadat, 25.

Le Jury de réception des pharmaciens de 2me classe s'est réuni le 7 septembre, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, sous la présidence de M. le professeur Berard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. 13 candidats étaient inscrits; 11 seulement se sont présentés aux épreuves, dont 2 pour échange de diplôme. Pendant cette cession, qui a duré six jours, les candidats ont été successivement interrogés sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la pharmacie, et de plus ont été soumis à des épreuves pratiques exécutées dans le laboratoire de l'École. Voici les résultats définitifs :

2 échanges de diplôme.	1 admis. 1 ajourné.
3 Candidats ayant passé un examen en 1858.	2 admis. 1 ajourné au 3me examen.
6 Candidats nouveaux.	4 admis. 1 ajourné au 1er examen. 1 ajourné au 2me examen.

Ces 7 nouveaux diplômés sont ainsi répartis :

3 pour la Gironde.....	MM. Dabasse, Drilhole, Babilée.
3 pour la Dordogne ...	Martin, Pouyaud, Peyret.
1 pr les Bses-Pyrénées.	David.

Sur 21 examens :

6	ont obtenu	la note	*très-satisfait.*
4	—	—	*bien satisfait.*
1	—	—	*satisfait.*
10	—	—	*médiocrement satisfait.*

La valeur de ces examens a confirmé pour nous ce dont nous étions déjà convaincu, à savoir qu'il y aurait nécessité d'exiger des candidats la connaissance des langues anciennes et des mathématiques élémentaires. Ceux qui avaient été appelés à jouir de ce bienfait se sont montrés à la hauteur de leur mission, leurs épreuves ont été bonnes et auraient fait honneur aux meilleures réceptions des écoles spéciales. A. B.

— Les examens pour la réception des officiers de santé et des sages-femmes ont eu lieu, ces jours derniers, sous la présidence de M. le professeur Benoît, de Montpellier.

Six candidats se sont présentés. L'un d'entre eux n'avait qu'à subir le troisième examen.

A la première épreuve (anatomie et physiologie), un a été ajourné.

A la deuxième (pathologie et accouchement), un a été refusé.

Le troisième examen (clinique et matière médicale) a été subi sans échec par les trois candidats qui venaient d'être admis, et par celui qui, l'année dernière, avait échoué à cette même épreuve.

En résumé, sur six candidats, quatre ont été reçus : M. Miermont, pour la Dordogne ; M. Chardavoine et M. Ducuing, pour la Gironde ; M. Malivert, pour la Dordogne. — Ces deux derniers faisaient un échange de diplôme.

Vingt élèves sages-femmes se sont présentées et ont été admises.

Nous croyons devoir publier comme un bon exemple la lettre suivante, que nous adresse M. Jeannel. Elle répond à une bonne inspiration du Président regretté de l'Association générale.

Bordeaux, 8 septembre 1859.

Mon cher Confrère,

Je vous prie d'accepter, pour l'Association médicale de la Gironde, un coupon de rentes de 12 fr., destiné au paiement annuel de ma cotisation à perpétuité.

En cas de dissolution de l'Association médicale de la Gironde, je désire que ce coupon de rente soit offert à l'Association générale des Médecins de France, et en cas de dissolution de celle-ci, à l'Association médicale de prévoyance et de secours mutuels comprenant le plus grand nombre de Membres.

Recevez, etc. J. Jeannel, D.-M.-P.



Concours à l'Hôpital Saint-André.

Il est ouvert un concours pour la place de chef-interne, médecin résidant à l'Hôpital Saint-André, le samedi 24 décembre prochain. — Ne seront admis audit concours que des docteurs en médecine ou en chirurgie, non mariés, ou veufs sans enfants. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au 24 novembre inclusivement, au secrétariat de l'administration des Hospices *(rue de Cheverus, 13)*. En se faisant inscrire, les candidats déposeront : Leur diplôme de docteur, délivré par l'une des Facultés de Médecine de France ; — Leur acte de naissance et un certificat du Maire de la commune de leur résidence, constatant qu'ils sont célibataires, ou veufs sans enfants ; — Un certificat de bonne conduite et de moralité, délivré par le même fonctionnaire ; — Un engagement écrit de se conformer au règlement du Service de Santé, à celui de l'hôpital et aux décisions et délibérations ultérieures de la Commission administrative des Hospices.

La liste d'inscription sera arrêtée par la Commission qui, après vérification des titres produits, statuera sur l'admission au concours, et en préviendra par écrit les concurrents. — Le jury d'examen sera composé des neufs docteurs chefs de service à l'Hôpital Saint-André, auxquels seront adjoints deux médecins et deux chirurgiens honoraires. — Le programme du Concours comprend quatre épreuves : *1° une composition écrite sur un sujet de pathologie chirurgicale ; 2° l'examen clinique de deux malades atteints d'affections internes, avec dissertations sur ces cas ; 3° l'examen analogue de deux cas de maladies externes ; 4° une épreuve opératoire ayant pour objets* : 1° Une opération chirurgicale, précédée des considérations anatomiques et pathologiques qui s'y rapportent ; 2° une opération obstétricale avec démonstration.

Le temps accordé à chaque candidat, pour la première épreuve, est de quatre heures, et d'une heure pour chacune des trois suivantes. — La durée des fonctions du chef-interne sera de trois ans. Pendant ce temps il sera nourri, logé, chauffé et éclairé ; il recevra un traitement annuel de 1,200 francs. — Si pendant la durée de son exercice il se marie, cette circonstance équivaudra de plein droit à une démission, et il sera immédiatement pourvu à son remplacement.

Bordeaux, le 7 septembre 1859.

L'Administrateur délégué, G. RUELLE.

DUBEDOUT, *secrétaire.*

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(d'Août 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	21	26,5	22	762	762	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
2	18	27	21	764	764,5	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
3	20	28	23	764,5	764,5	Sud.	Beau.	
4	20	27	23	765	765	Sud.	Beau.	Pl.et or.la n., ciel nuag.
5	18	24,5	22	764,5	765	Nord.	Beau.	Ciel très-nuageux.
6	16	27	21	766	767	Nord.	Beau.	Très-belle journée.
7	19	31	24	767	760	Sud.	Beau.	*Idem.*
8	22	30	23,5	760	758	Sud.	Beau.	Pl. et or. la n., or. le s.
9	21,5	25	22	758	758	N-O.	Couv.	Or.le m., v.vif, pl.le s.
10	20	29	23	758	760	Sud.	Beau.	Jour.ch., men.d'or.le s.
11	20	23	21	761	762	S-O.	Couv.	Un peu d'or.sans pl.le s.
12	18	27	22	763	763	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
13	19	29,5	22	763	763	Ouest	Beau.	
14	19	27	20	763	763	Ouest	Beau.	Un peu de pl. le matin.
15	16	25	20	764	764	Ouest	Beau.	Ciel nuageux.
16	17	25,5	19	765	766	Nord.	Beau.	*Idem.*
17	14,5	25,5	19	767	767	Nord.	Beau.	Très-jolie journée.
18	16	27	21	767	765	Sud.	Beau.	*Idem.*
19	19	30	21,5	764	763	Sud.	Beau.	*Idem.*
20	20	28	21	765	765	Nord.	Beau.	*Idem.*
21	19	28	21	766	766	Nord.	Beau.	*Idem.*
22	17	25	18	766	765	Nord	Beau.	*Idem.*
23	15,5	25	20	765	764	Nord.	Beau.	*Idem.*
24	19	31	25	763	763	S-E	Beau.	Belle journée chaude.
25	22	33	26	761	761,5	Sud.	Beau.	Ourag.de vent et pl.le s.
26	22	26	21	762	762	S-O.	Couv.	Orage et pluie le soir.
27	19	24	19	761	761	Ouest	Couv.	Un peu de pluie le soir.
28	19	26,5	19	760	762	S-O.	Beau.	Ciel nuag., couv. le soir.
29	18,5	25	18	763	763	Ouest	Couv.	Il a plu la nuit.
30	18	23	19	762	762	Ouest	Couv.	*Idem.*
31	17	22,5	19,5	760	760	Ouest	Couv	*Id.*, pl. légère le mat.

Résumé des observations météorologiques d'Août 1859.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	22° le 8.	33° le 25.	26° le 25.
Moindre............	14°5 le 17.	22°5 le 31.	18° les 22, et 29.
Moyen..	19° les 7, 13, 14, 19 21, 24, 27 et 28.	26° le 25.	21° les 2, 6, 11, 18, 20, 21 et 26.

Chaleur du milieu du jour : 13 jours de 22°5 à 26° ; 18 jours de 26°5 à 33°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	767 mill. le 17.
Minimum............ ...	758 mill. le 9.
Medium.....	763 mill. les 12, 13, 14, 24 et 29.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Toutes graduelles.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord........ 8 fois.

nord-ouest..	1	»
ouest...... ...	10	»
sud-ouest....	3	»
sud..........	8	»
nord-est.....	»	»
sud-est.	1	»
est...........	»	»

VENTS DOMINANTS : Nord, Ouest et Sud.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux......... 24.

couverts......	7.
pluie.........	»
orage	5.

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE

La température du mois d'août a été plus modérée que celle du mois précédent; la moyenne de 26° est moindre que celles des mois correspondants des trois dernières années. Néanmoins, nous avons eu de beaux jours à peine entremêlés de quelques jours couverts et de quelques orages accompagnés de fortes mais courtes averses. Les vents en variant alternativement entre le Nord, le Sud et l'Ouest, n'ont occasionné aucune commotion atmosphérique; les orages n'ont pas été violents et le baromètre, dans ses fluctuations, a marché avec régularité sans aucune variation brusque. Cependant, on a annoncé qu'une forte aurôle boréale qui a été aperçue dans le Nord a dérangé tous les télégraphes électriques, au point de suspendre quelque temps le service.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Suc^r de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

COMPTE RENDU

des maladies chirurgicales observées pendant l'année 1858, dans le service de M. le Dr DENUCÉ, *professeur-adjoint de Clinique externe.*

(Suite).

Érysipèles. — Les érysipèles ont été au nombre de 24, auxquels nous joindrons 3 cas d'angéioleucite. De ces érysipèles, 7 ont été spontanés; 7 ont accompagné des opérations diverses; 10, ainsi que les 3 cas d'angéioleucite, se sont développés à propos de lésions diverses. Nous ne parlerons maintenant que des érysipèles spontanés; l'histoire des érysipèles des autres catégories trouvera sa place à la suite des observations auxquelles ils se rapportent, et il sera plus avantageux d'en présenter le tableau d'ensemble à la fin de ce travail que dans ce moment.

Des 7 érysipèles spontanés, 3 attaquaient le membre inférieur, 1 le tronc, 2 les membres supérieurs, le 7e la face. Les 6 premiers avaient été pris pour des phlegmons. C'est ce qui avait amené leur présence dans un service de chirurgie. Mais leur marche envahissante et superficielle, la coloration de la peau, leur terminaison par résolution, n'ont pas permis de méconnaître leur véritable nature. Ils se rapportaient d'ailleurs à des

causes presque traumatiques : une plaie contuse de la jambe, de légères excoriations, un furoncle, une piqûre d'aiguille, etc. Ils se sont terminés heureusement. Nous avons employé pour tout traitement, au début, des sangsues sur les ganglions voisins, puis l'émétique en lavage, de légères purgations, de la poudre d'amidon constamment maintenue sur les parties atteintes, etc. Le 7e cas a été plus remarquable : des sangsues avaient été placées derrière les oreilles pour une légère ophthalmie; l'une des piqûres est devenue le point de départ d'un érysipèle qui a envahi la face, le cou, le cuir chevelu, a entraîné les accidents généraux les plus graves, auxquels le malade a échappé comme par miracle. Jactitation, délire, coma profond, etc. Ces symptômes paraissent surtout avoir cédé à l'emploi des drastiques puissants : huile de croton tiglium en pilule et en lavement.

Les *anthrax* et *furoncles* ont été au nombre de 18 : 4 enthrax et 14 furoncles. Les premiers siégeaient : 2 à la cuisse, 1 au dos, et le dernier au cou; les seconds : 5 à la jambe, 1 à la cuisse, 2 à la région dorsale, 1 à la main, 2 au cou; les 3 derniers siégeaient à la paupière et constituaient des orgeolets. Tous ces furoncles ont été traités par les émollients et la pression au moment du ramollissement. Des 4 anthrax, 1 seul était volumineux et a nécessité une large incision; un autre siégeant aussi au cou a entraîné un érysipèle à sa suite, érysipèle qui a gagné la partie postérieure du cuir chevelu, et qui s'est terminé par deux vastes abcès sur les parties latérales de l'anthrax primitif. Ces abcès ont été ouverts, et ont, du reste, guéri rapidement.

Ulcères. — 58 ulcères ainsi partagés : 37 chez les hommes, 21 chez les femmes. 54 de la jambe, 4 du pied, 22 variqueux, 7 calleux, 4 fongueux, les autres simples. Les cautérisations, les bandelettes de diachylum, les applications topiques d'eau chlorurée et de teinture d'aloès sont les moyens qui nous ont le mieux réussi contre cette affection tenace et toujours prompte à revenir. Dans deux cas, l'un chez un homme, l'autre chez une femme, l'ulcère de nature variqueuse s'accompagnait de varices considérables; la guérison de ces varices a été tentée par l'emploi du perchlorure de fer en injection dans les veines dilatées. Dans l'un, la guérison est survenue promptement et sans accident. Dans le second, chez la femme, le travail inflammatoire qui accompagne la coagulation du sang est devenu excessif et a déterminé 3 abcès volumineux sur le trajet de la veine. La malade a, du reste, parfaitement guéri. Dans ce dernier cas, les accidents me paraissent devoir être rapportés au défaut de neutralisation du perchlorure, qui, lorsqu'on le laisse vieillir, ne tarde pas à présenter une odeur prononcée de chlore. Les ulcères variqueux, comme cela arrive presque toujours, très-rebelles avant la cure radicale des varices, ont cédé très-facilement après.

Ulcérations syphilitiques. — Nous confondons sous cette dénomination les ulcérations syphilitiques de divers âges que nous avons observées dans le service : chancre simple, plaques muqueuses, ulcères syphilitiques proprement dits, condylomes et tumeurs gommeuses ulcérés. Elles se distribuent ainsi : Chancres du gland mous, 3; indurés, 2; buccal de la lèvre infé-

rieure, 1; phagédénique de la région pubienne, 1; plaques muqueuses de la gorge, 1; des lèvres, 1; de l'anus, 1; condylomes de l'anus ulcérés, 1; ulcères syphilitiques des jambes, 13; des bras et du tronc, 3; tumeur gommeuse de la tête ulcérée, 1. Les règles générales du traitement suivi dans ces différents cas sont les suivantes : Les chancres primitifs mous n'ont été traités que localement; les chancres indurés, les plaques muqueuses ont été traités par les préparations mercurielles, suivies de la médication par l'iodure; les ulcères syphilitiques, les condylomes et tumeurs gommeuses ulcérés, concurremment par les préparations mercurielles et iodurées.

Deux cas particuliers sortent des généralités précédentes et méritent une mention particulière :

1° Un homme entre à l'hôpital avec une ulcération siégeant sur le côté gauche de la lèvre inférieure. Cette ulcération, large comme une pièce de vingt centimes, est manifestement indurée à sa base, et présente tous les caractères d'un chancre. Comme antécédent, le malade admet la possibilité d'une infection syphilitique; l'apparition, après quatre jours de séjour à l'hôpital, d'un ganglion dur et indolent au-dessous du maxillaire, ne permet plus aucun doute à cet égard. Le traitement mercuriel est prescrit; malgré cela, l'ulcération fait des progrès en largeur; les cautérisations, les topiques divers qui sont employés, ne peuvent arrêter ses progrès : elle prend l'aspect d'une large surface dure, fongoïde, qui tend à s'étendre vers le menton, et qui, n'étaient son début et sa marche, ressemblerait assez à un cancroïde ulcéré. L'ulcération présentait une surface de la largeur d'une pièce

de cinq francs lorsque nous nous décidâmes à l'attaquer par le fer rouge : c'était quatre semaines après son apparition. La cautérisation au fer rouge suffit pour modifier ses allures, et la ramena, après la chute de l'escharre, aux conditions d'une ulcération simple qui guérit rapidement. Il est difficile de ne pas reconnaître dans ce cas la forme phagédénique, assez rarement observée jusqu'à présent, d'un chancre induré.

Le second fait est encore un cas de phagédénisme développé cette fois sur un chancre mou, et qui, après dix-sept ans d'existence, a conduit le malade au tombeau. — Dès la première apparition du chancre, il y a dix-sept ans, il revêt la forme phagédénique; la partie supérieure du prépuce est envahie et complétement rongée; un bubon se déclare à droite, il entre en suppuration, s'ouvre, se change lui-même en ulcère phagédénique qui donne la main à celui de la verge. Pendant les onze dernières années de sa maladie, ce malade est soumis, à l'hôpital Saint-Jean, aux traitements les plus réguliers et les plus assidus sans aucun succès. Au moment de son entrée dans les salles, nous constatons que le gland et toute la partie dorsale du fourreau de la verge sont rongés; qu'une vaste ulcération occupe la région hypogastrique d'une aine à l'autre; que la peau du pubis a à peu près disparu, et qu'un simple pont de peau décollée existe entre l'ulcère hypogastrique et l'ulcère de la verge, à la racine de cette dernière. Le fond de l'ulcère est gris, de mauvaise nature. L'état général du malade est très-délabré : grande maigreur, faiblesse et pâleur extrêmes, symptômes d'anémie, diarrhées presque colliquatives, etc. Les tentatives faites pour relever

les forces déprimées (quinquina, tartrate de fer et de potasse, etc.) et pour modifier l'aspect de l'ulcération sont inutiles. Le malade succombe d'épuisement quelques semaines après son entrée à l'hôpital.

Phlegmons et abcès. — Les phlegmons et abcès se décomposent de la manière suivante : En laissant de côté les phlegmons et abcès de la thyroïde, du sein, de l'anus, des ligaments larges des grandes lèvres, etc., que nous étudierons en leur lieu, nous trouvons : phlegmons circonscrits, 25; diffus, 16; abcès chauds, 25; froids, 11. Sur les 40 phlegmons, il en est une trentaine, tous les phlegmons diffus et les plus importants des phlegmons circonscrits, dont la cause est notée. Nous avons déjà mentionné à l'occasion des *plaies* 6 cas dans lesquels le phlegmon était survenu comme complication : 2 après des plaies contuses, 1 après une morsure, 2 après des plaies par instruments piquants (un clou et une aiguille enfoncés dans le pied), 1 après une plaie par instruments tranchants. Parmi les phlegmons entrés dans le service à l'état de phlegmons, il en est beaucoup dont l'origine remonte à des plaies ou à des contusions. Ainsi, l'un de ces phlegmons est survenu à la suite d'une légère plaie par instrument tranchant au niveau de la rotule, 1 à la suite d'une saignée accompagnée de phlébite, 3 à la suite de plaies par instruments piquants : un croc de voile, une arête de poisson et un éclat de bois, qui ont penétré dans le pied. Tous les autres remontent, soit à un coup violent, une contusion produite par un corps extérieur, soit à un érysipèle spontané (2 cas), soit à un excès de fatigue ou de travail.

Les phlegmons circonscrits (18 hommes et 6 femmes) se répartissent ainsi : 11 siégeant à la main, 6 à l'avant-bras, 1 au bras, 2 au col, 3 au pied, 1 à la cuisse. Ils ont été traités, au début, par les antiphlogistiques, sangsues et cataplasmes, et par les frictions résolutives (onguent mercuriel belladoné). 4 ont cédé à cette médication sans suppuration; dans tous les autres cas, il a fallu recourir à l'incision. L'incision faite largement, même avant que le pus soit réuni en collection, a toujours soulagé le malade et a été suivie d'une diminution marquée dans l'intensité des symptômes.

Les phlegmons diffus se partagent de la manière suivante : Chez les hommes, de la main, 2; de la main et de l'avant-bras, 1; de la main, de l'avant-bras et du bras, 1; du coude, 1; du bras, 5; de la jambe et de la cuisse, 2; des parois abdominales, 1. Chez les femmes, de la main, 1; du bras, 1; de la jambe, 1. Tous ont été traités, au début, par les antiphlogistiques, et ensuite par les larges incisions et les incisions nombreuses. Malgré la gravité de l'affection, la mort est survenue dans deux cas seulement : une fois à la suite d'un phlegmon du bras, qui avait eu pour point de départ une phlébite produite par une saignée qui s'était accompagnée d'une vaste plaque gangréneuse sur le bras et d'accidents généraux très-intenses; une autre fois à la suite d'un phlegmon de la cuisse qui avait entraîné une vaste suppuration et qui était compliqué d'un escharre au sacrum. Un troisième a nécessité la désarticulation de l'épaule faite avec succès; tous les autres ont guéri. Voici les plus remarquables de ces observations :

Un maçon de trente-cinq ans reçoit un choc sur le

coude. Il se développe un phlegmon qui se propage en bas jusqu'à la main, en haut jusqu'à l'aisselle. Le membre est rouge, tuméfié, très-douloureux; la fièvre violente; les symptômes augmentant d'intensité. L'œdème pathognomonique se déclare sur le membre; la fièvre augmente; la langue est sèche, noire; il y a du délire, etc. 17 incisions, tant sur la main que sur l'avant-bras et le bras, sont pratiquées avant même la période de suppuration confirmée. Les tissus divisés sont lardacés, infiltrés d'une matière séro-purulente. Le pus se forme, s'écoule par les ouvertures, entraîne bientôt des lambeaux de tissu cellulaire; et, en définitive, après dix jours, la peau de tout le membre était décollée des parties profondes, et la suppuration extrêmement abondante. A ce moment, les symptômes généraux semblèrent céder un peu. Le délire, combattu par des préparations de musc, cessa; la langue devint moins sèche. Sous l'influence du quinquina et d'une alimentation soutenue à l'aide de bouillons, les forces se relevèrent. Alors commença un travail de réparation : la peau décollée contracta des adhérences avec les parties profondes; la suppuration diminua, et, en définitive, le malade guérit; il a même recouvré à peu près complétement les mouvements du bras. Des bains sulfureux et astringents (décoction d'écorce de chêne) nous paraissent avoir agi favorablement pour obtenir ce dernier résultat.

Un phlegmon diffus de la cuisse et de la jambe, survenu à la suite d'une légère coupure et d'un érysipèle, a présenté une gravité analogue, bien que les désordres aient eu moins d'étendue. Il avait eu son point de départ

auprès du genou. Nous avons pu craindre un instant que l'inflammation et la suppuration n'aient atteint l'articulation elle-même. Les incisions faites nous ont convaincu qu'il s'était formé une sorte de couche purulente tout autour de l'articulation sans pénétrer dans son intérieur. La région poplitée a été complétement disséquée par la suppuration; le creux poplité présentait une large plaie, au fond de laquelle on sentait battre l'artère. Le travail de réparation ne s'est pas fait moins complétement et moins heureusement que dans le cas précédent.

Dans un troisième cas, le point de départ avait été un choc violent sur la région postérieure du bras. Le malade était un charretier de quarante ans environ. Le phlegmon se développa d'abord sous la forme circonscrite siégeant à la partie postérieure du côté du coude. Une fusée se fit jour vers la face interne du bras, et bientôt le pus fut reconnaissable, non-seulement à la partie postérieure du bras, mais tout le long de la gaîne de l'artère humérale. Une première incision fut pratiquée à la région postérieure, puis une seconde, avec beaucoup de précautions et couche par couche, sur le foyer voisin de l'artère. La guérison sembla suivre cette double évacuation. Le malade alla même assez bien pour se lever et sortir dans la cour. Alors, soit par imprudence, soit par la suite même de l'affection, il se manifesta une recrudescence : le pus se forma de nouveau, et sur une plus grande échelle, à la partie postérieure et interne du bras, jusque dans l'aisselle. De nouvelles incisions furent pratiquées; la suppuration, loin de se tarir, sembla augmenter; les forces du malade baissèrent sensiblement; la douleur au niveau du

coude devint plus intense. Un stylet, introduit par la plaie de la partie postérieure du bras, put pénétrer jusque dans l'articulation, où les os étaient dépouillés de leurs cartilages. La peau du bras était largement décollée jusque dans l'aisselle; la fièvre vive; le dépérissement considérable. L'amputation dans la continuité de l'humérus n'était plus possible; elle fut pratiquée dans l'article scapulo-huméral. Les suites de cette désarticulation furent simples; la fièvre diminua aussitôt. Les forces, grâce à une alimentation progressive, revinrent vite; le malade guérit. Dans tous ces cas, comme dans tous ceux où il existe une suppuration abondante, j'ai fait constamment usage, et avec avantage, je crois, de l'alcoolature d'aconit prise à l'intérieur à la dose de 1 à 3 grammes.

Abcès chauds. — Les 25 abcès chauds se distribuent, sous le rapport du siége, ainsi qu'il suit : Abcès du pavillon de l'oreille, 1; péri-maxillaires, 4; sous-claviculaire, 1; des parois thoraciques, 1; de la région lombaire, 1; du scrotum, 1; de la région axillaire, 6; sous-deltoïdienne, 1; de l'avant-bras, 2; de la main, 5; de la jambe, 2. Leur cause est, en général, celle des phlegmons, une piqûre, une contusion, une violence extérieure quelconque. Le traitement a été pour tous l'incision simple, qui a suffi pour en amener la guérison. Quelques observations méritent d'être relevées.

1° Un lutteur éprouve un froissement violent du pavillon de l'oreille; celui-ci devient rouge, tuméfié, douloureux. A l'entrée du malade à l'hôpital, on reconnaît dans l'épaisseur du pavillon, entre le cartilage et le tégument extérieur, une tumeur qui contient un liquide.

L'ouverture faite donne issue à du pus mêlé d'un peu de sang décomposé. Cet abcès était remarquable par la rareté de son siége et son volume, qui dépassait celui d'une grosse noix; il a parfaitement guéri.

2° Chez un autre homme, à la suite d'un froissement analogue des bourses, il se développe de la rougeur et de la tuméfaction, et en définitive un abcès volumineux. Cet abcès était sous-cutané en dehors des enveloppes fibreuses du testicule.

3° Un malade entre dans une salle de médecine (salle 13) avec tous les symptômes d'une pleurésie. Dans le cours de cette affection, on s'aperçoit qu'au niveau du point pleurétique, des signes d'inflammation extérieurs, c'est-à-dire de la rougeur et de la tuméfaction, se manifestent sur la paroi thoracique gauche. Il est alors transporté dans mon service. Le jour de son entrée, je constate : une matité notable dans la moitié inférieure du poumon gauche, une grande diminution du bruit respiratoire dans la même étendue, un peu de bruit de souffle et de l'égophonie à l'angle inférieur de l'omoplate. De plus, sur le côté externe du thorax, une rougeur vive avec empâtement s'étendait depuis la deuxième côte jusqu'à la huitième. Sur la partie culminante de la tuméfaction, on trouvait de la fluctuation devenue plus manifeste au bout de quelques jours. Une première ponction est faite avec un trocart et donne issue à une quantité notable de pus. Dans l'espace de trois jours, le pus se reforme; une large incision est alors pratiquée. Le pus s'écoule facilement. Il est manifeste qu'il n'existe aucune communication entre cet abcès et l'épanchement pleurétique. Cependant, à partir de l'ouverture de l'ab-

cès, celui-ci diminue sensiblement chaque jour, et la guérison de l'affection interne et de la complication chirurgicale arrive vers la troisième semaine après l'opération. On ne peut nier qu'une relation intime existait entre l'inflammation intra-thoracique et l'inflammation extra-thoracique. Laquelle a été le point de départ de l'autre? Il est difficile de le décider dans l'observation actuelle. Toutefois, comme il n'a pas été noté que la pleurésie puisse amener ainsi la production d'abcès extra-thoraciques; que, d'autre part, beaucoup de lésions extra-thoraciques ou des parois (tumeurs, opérations sanglantes, pleurodynie, etc.) déterminent au contraire des pleurésies concomitantes, — il est plus probable que cette affection a procédé de l'extérieur à l'intérieur.

4° Un homme de vingt-huit ans éprouve une forte colique. A la suite, une sensation douloureuse assez pénible persiste dans la région lombaire gauche : cette douleur s'accompagne bientôt de fièvre, et il se produit dans le point douloureux une tuméfaction qui ne tarde pas à devenir très-considérable. La tumeur est aplatie, très-tendue; elle s'étend de la dernière côte à la crête iliaque; la peau rougit, devient violacée; la fluctuation se manifeste au centre; la colonne vertébrale est parfaitement intacte. L'abcès, du reste, a suivi la marche des abcès chauds. Il est incisé largement; un litre de pus fétide s'écoule. Dès le lendemain, la suppuration n'offre plus la même odeur; très-abondante les premiers jours, elle diminue graduellement. Le malade, entré le 29 avril, sort le 9 juillet complétement guéri. J'ai eu dans ma pratique civile un cas qui offrait beaucoup d'analogie avec celui-ci, et que j'ai eu l'occasion d'ob-

server avec M. le Dr Salviat. Comme dans le cas précédent, une violente colique au début, un abcès volumineux de la région lombaire gauche, du pus fétide à l'ouverture, et après l'ouverture une guérison complète et facile. Ces cas me paraissent analogues à ces abcès de la fosse iliaque droite que l'on voit se développer autour du cœcum. Le point de départ serait le tissu cellulaire lache qui se trouve en arrière du côlon descendant. L'abcès formé en dehors du péritoine tendrait à se faire jour à l'extérieur. A l'appui de cette idée, nous trouvons cette grande fétidité du pus qui indique que l'abcès s'est développé au voisinage du tube intestinal, et le début de la maladie qui commence par un trouble fonctionnel du même organe.

Abcès froids. — Les abcès froids idiopathiques ont été au nombre de 11 : 7 de la région cervicale, 2 de la région thoracique, 1 de la région lombo-abdominale, 1 du mollet. A l'exception des deux derniers, qui présentent des particularités dignes d'être notées, tous ont été traités avec succès par des ponctions et des injections iodées successives.

1° Un homme de quarante-sept ans entre le 4 avril dans le service. Il avait sur le flanc droit, entre la onzième côte et le rebord de l'os iliaque, une tumeur grosse environ comme les deux poings, d'un ton uniformément rouge, dure, tendue, et présentant cinq ou six bosselures ou noyaux très-marqués. Les points culminants présentaient de la fluctuation. Au dire du malade, cette tumeur avait débuté un an auparavant. Lorsqu'il s'en est aperçu, elle avait la grosseur d'une noisette; il ne pouvait la rapporter à aucune cause appréciable.

Le diagnostic était embarrassant; les bosselures de la tumeur, son développement, son aspect général, donnaient l'idée d'une tumeur de mauvaise nature. D'autre part, la fluctuation dans les points où elle était sensible paraissait très-franche. Une ponction exploratrice était décidée, lorsque dans la nuit le point de la peau qui était le plus aminci s'ouvrit naturellement et donna passage à une quantité énorme de pus; chacune des bosselures s'ouvrit de la même façon; le travail se fit rapidement et spontanément. Le 22 avril, le malade sortait complétement guéri.

2° Un homme de trente-cinq ans entre le 31 juillet dans le service avec une tumeur assez volumineuse du mollet. Cette tumeur a débuté, il y a dix-neuf mois, par une douleur suivie de tuméfaction. La grosseur devint au bout de quelques mois assez considérable pour empêcher la flexion de la jambe. Ce malade se présenta aux consultations de la Société médicale d'émulation. Une ponction exploratrice fut faite et ne donna que du pus. Arrivé dans mon service, je le soumis au traitement suivant : je passai deux drains chirurgicaux à travers la tumeur; le pus s'évacua par cette double voie; le foyer s'enflamma, et quand je retirai les drains, après six semaines, la cicatrisation se fit facilement. Le malade sortit guéri dans le courant du mois d'octobre.

Panaris. — Les panaris n'ont offert rien de remarquable; ils sont au nombre de 25 : 21 chez les hommes, 4 chez les femmes; 12 ont frappé le pouce, 7 l'index, 5 le médius, 1 l'annulaire. Tous ceux du pouce ont atteint la dernière phalange; 5 ont été profonds et ont entraîné la chute de l'os et de l'ongle; 3 ont amené la

chute de l'ongle, et 4 ont simplement guéri. Des 7 de l'index, 5 ont frappé la troisième phalange, 2 la deuxième; 1 seul des premiers a entraîné l'exfoliation de l'os et la chute de l'ongle; 1 des seconds, l'exfoliation du tendon fléchisseur et la rigidité du doigt. Des 5 du médius, 1 seul a frappé la troisième phalange. Des 4 autres, 2 se sont présentés avec la forme anthracoïde; les 2 autres ont été superficiels. Celui de l'annulaire a été également un panaris anthracoïde de la deuxième phalange.

(La suite au prochain numéro.)

OBSERVATIONS

d'abcès par congestion, tumeur blanche et carie scrofuleuse.

Par M. CHABRELY, *médecin à La Bastide.*

Les injections iodées sont-elles de nature à faire cicatriser les lésions osseuses?

Dans la séance de la Société de chirurgie du 6 janvier 1858, M. le Dr Marjolin a présenté le fémur et l'os iliaque d'un enfant atteint de coxalgie.

La tête fémorale est profondément érodée et déformée, les bords de la cavité cotyloïde sont tout à fait détruits. On avait observé, du vivant de l'enfant, plusieurs abcès, des fusées purulentes, des décolements étendus. L'iode en injections avait été impuissant. M. Marjolin affirme que, contrairement aux espérances que les publications récentes font concevoir de l'emploi de ce mé-

dicament, il n'a eu aucun succès à enregistrer, soit dans les caries osseuses, soit dans les abcès par congestion; et néanmoins, il avait fait, en toutes circonstances, les injections iodées d'après le procédé de M. Boinet.

M. Forget ne partage pas cette opinion; il pense, au contraire, que certains abcès par congestion, même ceux qui viennent de carie vertébrale, peuvent guérir à la faveur des injections iodées. Il parle d'un enfant qui a conservé une gibbosité très-prononcée, mais qui depuis six ans est parfaitement guéri; et pourtant, plusieurs vertèbres sont détruites; il existait un vaste abcès par le trajet duquel on a poussé de nombreuses injections d'iode; traité en ville, cet enfant était dans de meilleures conditions hygiéniques que celles des hôpitaux.

Dans la séance du 14 janvier, M. Boinet déclare « que, » malgré les objections formulées dans la précédente » séance, il persiste à croire que les injections d'iode » peuvent amener la guérison des abcès par congestion » symptomatiques d'altérations de la colonne vertébrale. » Les insuccès de M. Marjolin, quelque nombreux qu'ils » puissent être, ne feront pas oublier les succès obtenus » par ailleurs. Il cite les observations de trois malades » atteints d'abcès par congestion avec gibbosité verté» brale, qui ont été guéris par les injections iodées; ces » malades ont été suivis, le premier par M. Bovallet, le » deuxième par M. Barthélemy, de Saumur; le dernier, » par MM. Gaston Damon et Réal. A quoi tient cette » différence? » Les malades de M. Boinet ont été traités en ville. Le séjour prolongé dans un hôpital suffit, dit M. Boinet, pour scrofuliser certains sujets, et *à for-*

tiori pour entretenir des altérations osseuses qui auraient pu guérir en plein air. L'injection iodée n'agit pas alors sur la constitution, les effets sont purement locaux. Quels sont ces effets? Pour en juger, il faut prendre les cas les plus simples où l'altération osseuse est appréciable à travers une ouverture large et superficielle. Ce qui se passe là, à la suite de l'injection iodée, est l'image fidèle de ce qui a lieu dans l'abcès par congestion, suite de la carie vertébrale, si ce n'est que dans ce dernier cas on ne peut voir les effets de l'application de l'iode, tandis que dans le premier cas, on les aperçoit sans difficulté. Le premier effet, ajoute M. Boinet, du contact de la teinture d'iode sur la surface d'une plaie chronique, d'un ulcère ou d'un abcès froid, est le produit d'une couche jaunâtre, sorte de vernis mince et sec qui doit être attribué à une coagulation pure et simple. Tant que ce vernis mince et sec recouvre la plaie, la sécrétion purulente est arrêtée ou fort diminuée; cela dure environ deux jours, après quoi la couche de coagulum se détache et la suppuration recommence; une seconde application produit la répétition de ce phénomène, et ainsi de suite. Voilà pour les parties molles. Des effets analogues, mais beaucoup plus lents, ont lieu sur les os cariés. Le contact répété de l'iode déterge l'os, favorise à la longue la séparation des lamelles malades, et produit, comme dans les parties molles, une couche de coagulum sous laquelle la cicatrisation se fait peu à peu; cela doit se passer de même dans les abcès par congestion. M. Boinet les laisse volontiers devenir fistuleux; grâce aux injections d'iode réitérées, il ne redoute plus l'infection ni les inconvé-

nients dus à l'introduction de l'air dans les foyers purulents. Ces accidents prévenus, il attend que les injections iodées, renouvelées plusieurs fois, aient modifié et amélioré l'altération osseuse, qui est loin de toujours guérir. S'il y a affection tuberculeuse, le traitement échoue parce qu'on a affaire à une diathèse générale, et que la tuberculisation pulmonaire est presque toujours fatale. S'il ne s'y trouve qu'une simple carie, la guérison s'obtient souvent à la condition de faire suivre au malade un traitement général tonique, une bonne hygiène, un régime convenable. A ceux qui disent n'avoir jamais réussi en pareil cas par les injections iodées, M. Boinet répond qu'il a guéri un individu de trente-cinq ans atteint de coxalgie avec abcès fistuleux anciens datant de cinq à six ans au moins.

M. Guersant croit qu'aux approches de l'adolescence les caries scrofuleuses peuvent guérir par les seuls efforts de la nature médicatrice.

M. Broca cite l'observation d'un corroyeur âgé de vingt-cinq ans, qu'il a vu guérir à l'Hôtel-Dieu au moyen d'une seule injection iodée. Ce malade avait un volumineux abcès par congestion qui occupait à la fois la région iliaque, la région inguinale et la région fessière. Le début de l'affection remontait à quatre années. Un succès rapide inespéré, obtenu dans un cas aussi grave par une seule injection iodée, ne permet pas de douter de l'efficacité réelle de la médication.

M. Forget (séance du 19 janvier), contrairement aux opinions émises par MM. Marjolin, Demarquay, Chassaignac, pense que certaines affections osseuses, que certains abcès par congestion, même ceux qui viennent

de la colonne vertébrale, peuvent guérir à la faveur des injections iodées. Il parle d'un enfant de six ans parfaitement guéri de carie vertébrale avec vaste abcès au moyen des injections iodées. Cet enfant fut traité *en ville.* — M. E. Larrey nie toute espèce d'action locale favorable sur les os malades par l'injection iodée. Il pense que le moment est venu de soumettre à une discussion approfondie l'importante question pratique qui vient d'être soulevée.

Cette question a une assez grande valeur pour que la publication de faits qui peuvent jeter sur elle un certain jour me paraisse opportune. Sans doute, il est important de connaître l'opinion de telle ou telle célébrité médicale; mais les faits ont leur importance. — En voici; et, après l'historique que j'en vais tracer, je tâcherai d'en tirer des inductions rationnelles :

Ire Obs. — Jeanne Mage, journalière, me fit appeler le 9 décembre 1837; elle avait alors quarante-deux ans; cette femme est boîteuse depuis son enfance; elle n'a qu'une fille, qui était en assez bonne santé à cette même époque, mais dont la poitrine est menacée aujourd'hui. La femme Mage se plaignait de douleurs vagues dans tout le corps, mais plus particulièrement dans le bras gauche; la fièvre est très-intense, les pommettes sont colorées. Je fais une saignée du bras; le sang présente la couenne inflammatoire à un haut degré. Je réitère deux fois cette opération sans amendement dans l'état maladif. Le bras gauche se paralyse, tout en conservant sa sensibilité; les membres inférieurs sont affaiblis, engourdis, quoique obéissant encore à la volonté. Cet état persiste deux mois; il se complique d'une douleur poi-

gnante dans la partie antérieure gauche de la base du thorax; cette douleur s'irradie jusqu'au rachis.

Une révulsion puissante spontanée fit cesser la paralysie; je m'explique : sous l'aisselle droite apparut une énorme tumeur fluctuante communiquant avec le sein du même côté. Lorsqu'avec la paume de la main on aplatit la tumeur, on y sent un liquide qui fuit jusqu'à la mamelle, laquelle se gonfle, fait saillir le mamelon, qui semble alors dans un état d'érection. L'ondulation du liquide est trop manifeste pour qu'il reste un doute sur la nature de cette grosseur : c'est évidemment un abcès; mais est-il idiopathique ou symptomatique?... La peau qui recouvre la collection purulente est dans un état tout à fait normal; aucune douleur locale n'a précédé l'accumulation du liquide. Le côté gauche de la poitrine, le bras du même côté et la région dorsale correspondante sont très-douloureux. Il n'y a pas d'empyème; la résonnance est parfaite des deux côtés du thorax; le bruit respiratoire est perceptible en tous sens; ces diverses considérations et les symptômes précités annoncent un abcès par congestion. Cependant, la clavicule droite est gonflée dans son extrémité sternale; l'articulation participe à cette turgescence, mais on ne peut raisonnablement trouver en cet endroit l'origine, la source du liquide abondant que recèle la tumeur. C'est évidemment aux vertèbres dorsales, enflammées, cariées, qu'est le point de départ du pus. La malade est rachitique; elle a eu de la paralysie au bras gauche; les vertèbres sont affaissées de droite à gauche; elles sont douloureuses; c'est bien là qu'est le foyer de l'abcès froid.

J'ouvris cette tumeur axillaire dans sa partie moyenne; il s'en écoula d'abord plus de 500 grammes de pus; chaque jour, pendant trois mois, l'abcès en fournissait une quantité considérable. Au moyen de la potasse caustique, je fis une contre-ouverture à la partie la plus déclive du *sac,* et j'y poussai plusieurs fois par jour des injections d'eau chlorurée. La malade épuisée arriva au dernier degré du marasme; sa peau devint terreuse; la fièvre hectique, la diarrhée colliquative usaient le peu de force radicale qui lui restait. J'essayai de la soutenir par des consommés, du vin vieux; à l'aide de la décoction blanche, je parvenais à modérer le flux intestinal, mais les sueurs nocturnes lui succédaient chaque fois que je l'avais amoindri. Je donnai des amers, le sirop antiscorbutique, les antiscrofuleux sous toutes les formes, et au cinquième mois la suppuration fut moins abondante; les forces revinrent un peu; je permets de la nourriture. La malade fait quelques pas soutenue par sa fille. La cicatrisation du trajet fistuleux ne fut complète qu'après plus de huit mois de maladie. Cette femme est encore aujourd'hui en parfaite santé.

Cette personne a son petit-fils, Léger Pougeteau, âgé maintenant de douze ans, lequel a offert une luxation spontanée de la tête du fémur, avec carie, fistules du cotyle et du sphéroïde qui s'y loge; c'est à l'âge de sept ans qu'il fut atteint de ce mal. Le traitement banal antiscrofuleux a été seulement employé, et cet enfant a quitté La Bastide, lieu bas et humide, pour aller dans une autre localité mieux exposée : en moins de deux ans il a été guéri. Il présente les traces de neuf points fistuleux : trois à la fesse et six à la partie supérieure de la cuisse.

IIe Obs. — Monsion (Jean) eut, à l'âge de six ans, une douleur aiguë au genou et à la jambe droite, que l'on jugea tout d'abord de nature rhumatismale. Il habitait alors une commune très-voisine de Saint-André-de-Cubzac. Le petit malade dut garder le lit, et peu à peu le sphéroïde fémoral fut poussé hors de son cotyle; il s'ensuivit une luxation spontanée en haut et en arrière : un raccourcissement considérable du membre pelvien fut le résultat de ce déplacement, et l'obligea à marcher avec des béquilles jusqu'à l'âge de dix-sept ans. A cette époque, il laissa les béquilles pour une canne à bec-à-corbin, puis il mit de côté le bâton, et put faire, sans appui étranger, les mouvements déambulatoires. Il devint apprenti cordonnier, laissa une vie active en plein air pour une boutique étroite et puante, où il restait, sur sa chaise, plusieurs heures immobile et courbé en avant. Néanmoins, il poussa jusqu'à vingt-trois ans cette manière de vivre sans nouveaux accidents. Au commencement de l'année 1855, il habitait à cette époque à Bacalan, sur le bord de la rivière, il ressentit des douleurs dans l'articulation coxo-fémorale, qui furent suivies d'une tumeur à la partie antérieure et supérieure de la cuisse droite. Cette tumeur est *fuyante;* on y sent très-bien la présence d'un liquide. M. le docteur H..... fut appelé; il diagnostiqua un vaste abcès froid et ne craignit pas de l'ouvrir par une assez large incision; au dire du malade, il s'en écoula un litre de pus bien lié. A la fin de mai 1855, Monsion vint se fixer à La Bastide. Au mois de septembre, cinq mois après l'ouverture de l'abcès, ce pauvre malheureux était dans le marasme, cloué à son lit de douleur. Je le vis à compter de cette époque. Je ne puis dire au juste la quantité

de pus qui s'écoulait chaque jour; elle était très-considérable. La paroi du sac *pyophore,* formée par une étendue de peau aussi large que la main, tomba en gangrène et laissa les muscles à nu. Il se forma successivement sept trajets fistuleux : trois sous la cuisse; au niveau du trochanter, en remontant vers la fesse, il en existe deux; à l'épine iliaque supérieure, un; et dans l'aine droite, un dernier. Je compte le vaste ulcère crural pour le premier. J'auscultai la poitrine du malade, je m'assurai que les poumons étaient sains. Une fièvre hectique, ajoutée à tout le reste, usait le peu de forces du malade, qui, sans appétit d'ailleurs, ne pouvait en aucune façon réparer ses pertes continues. Il occupait un petit cabinet sur une cour étroite, fort exiguë, très-sombre, pouvant à peine lui fournir assez d'air respirable. Le pus, qui souillait le lit, répandait une odeur infecte et viciait sans cesse l'atmosphère de ce réduit; de plus, la misère venait compliquer la fâcheuse position du patient, que je fus tenté d'envoyer au plus vite à l'hôpital, où l'air, quelque vicié qu'il soit, eût été moins mauvais que celui que respirait ce malheureux. L'expérience a depuis longtemps appris le peu de chance qu'il y a de guérir les abcès par congestion dans un *nosocomium*. J'obtins de mon malade qu'il changeât de logement. Un mois après, il était dans la campagne, dans une petite maison bien exposée à la lumière du soleil; il pouvait depuis son lit prendre *des bains de lumière*.

Je résolus de mener de front plusieurs méthodes thérapeutiques dans un cas aussi désespéré. J'employai le traitement local, le traitement général corroborant et

récorporatif, le traitement spécifique ou antiscrofuleux, le traitement hygiénique et *moral*. C'est à ce dernier que je dois en grande partie le succès que j'obtins plus tard. Mon malade avait vingt-trois ans, et bien qu'il fût fort intelligent, il ne savait ni lire ni écrire; il était isolé une grande partie de la journée, car sa mère se trouvait dans la dure nécessité de l'abandonner pour aller à son travail gagner de quoi subvenir aux plus pressants besoins de tous les deux.

L'ennui dévorait ce jeune homme à l'égal de sa maladie; son seul recours alors était de fumer du tabac, chose peu propre, ce me semble, à fortifier son corps épuisé. Il fallait donner et non soustraire. J'essayai d'intéresser à ce malheureux quelques jeunes garçons du voisinage, pour qu'ils l'initiassent aux connaissances élémentaires de la lecture et de l'écriture. On lui donna trois ou quatre leçons, et ce fut tout. Je comprenais tout le parti qu'on pourrait tirer de cet enseignement; voyant d'ailleurs la bonne volonté et l'intelligence du malade, que j'ambitionnais de guérir, je me dévouai et lui consacrai chaque jour une demi-heure et disposai les choses de manière à l'occuper sans le fatiguer. Je menai de front de tout un peu, la lecture, l'écriture, le calcul. En mon absence, il repassait ce qu'il avait appris, il oubliait ses douleurs, il s'arrachait à lui-même, car la distraction n'est, par malheur, que cela. Monsion, qui ne pouvait quitter son lit d'une minute, était obligé d'y garder le plus souvent la position horizontale; aussi s'entamait-il au sacrum. Tout en usant des moyens hygiéniques et moraux, je ne négligeai pas le traitement local. J'obtins du bureau de bienfaisance de la com-

mune la fourniture des médicaments; je poussais des injections, ou les faisais faire plusieurs fois par jour, avec une décoction concentrée de feuilles de noyer et de 40 gouttes de teinture d'iode; je pansais les plaies avec de l'ouate de coton, sur laquelle j'étendais un mélange de cérat et de baume d'Arcens; je lotionnais les ulcères avec de la lessive de sarment. On faisait quatre pansements par nycthéméron. A l'intérieur, je donnais toutes les huit heures, dans une demi-tasse de tisane de houblon, 10 gouttes de teinture d'iode. Quant au régime, il m'était impossible d'en faire suivre un quelque peu convenable : les choux, les légumes, le pain de qualité inférieure, et l'eau le plus souvent pour toute boisson. Durant l'été de 1855, l'état général du malade s'améliora un peu; l'émaciation était moins grande, la fièvre hectique était amoindrie, mais la suppuration fournie par les ulcères et les trajets fistuleux ne diminuait pas. L'automne fut à peu près de même; l'hiver parut aggraver le mal, je craignis une catastrophe prochaine. Le printemps de 1856 fut plus favorable : d'anciens trajets fistuleux s'oblitérèrent; il s'en forma aussi de nouveaux. A l'automne, la fièvre quarte paludéenne, la diarrhée, la recrudescence des accidents primitifs, qui provoquèrent une abondante suppuration, mirent encore le malade à deux doigts du tombeau. L'hiver de 1856 à 1857 fut assez bon. L'état général s'amenda : inutile de dire que je continuai à l'extérieur et à l'intérieur l'iode et les corroborants. Le printemps fut favorable, la nutrition s'effectuait, parce que l'appétit était bon. Tout allait pour le mieux, lorsque les secours du bureau de bienfaisance furent retirés à mon malheureux

patient. On a dit que vouloir, c'est pouvoir : j'obtins d'une personne (qui s'intéresse à tous ceux qui pâtissent) le pain quotidien, du vin quelquefois, le pot au feu; mais les médicaments n'étaient plus fournis gratuitement, parce que, dans quelques circonstances, j'avais employé le soluté de nitrate d'argent en injections, remède de luxe s'il en fut, et cependant je n'avais pas eu à me louer de son emploi; l'inflammation s'était accrue. La médication substitutive pure ne suffisait pas; l'iode, qui est corroborant et récorporatif, lui est de beaucoup supérieur dans cette maladie.

Quoi qu'il en soit, privé de teinture d'iode, j'essayai un autre substitutif en injection : c'est le soluté de sulfate de cuivre étendu. Je n'eus pas à m'en applaudir non plus : cet agent altérant ne fit qu'augmenter les douleurs et la sécrétion du pus; la constitution du malade en fut détériorée. Je me procurai de la teinture d'iode, que je donnai de nouveau *intus* et *extra*, et le mieux apparut promptement. Notre malade peut s'asseoir sur son lit, où il lit et écrit par intervalles. Il ne s'était pas levé depuis plus de deux ans, et vers le milieu de l'automne 1857, il fut placé chaque jour dans un fauteuil; un peu plus tard, à l'aide de béquilles, il fit quelques pas, en n'appuyant, bien entendu, qu'un seul pied, car le membre pelvien droit, raccourci depuis l'enfance par suite de luxation spontanée, ne lui eût pas permis d'appuyer le pied; le genou, en dernier lieu, s'était ankylosé, et la jambe un peu fléchie sur la cuisse.

Le malade a toujours été de mieux en mieux; il a repris au commencement de l'année 1858 son état de

cordonnier, faute d'autre; toutes ses fistules sont taries et ses plaies cicatrisées; il est plein de vie et de santé; il marche même sans béquilles, ni canne.

IIIe Obs. — Mlle P..., âgée de treize ans, non encore réglée, blonde et d'un tempérament très-lymphatique, éprouva il y a trois ans et demi des douleurs vagues, qualifiées de rhumatismales, aux bras, aux épaules, aux lombes, et en dernier lieu au genou droit. Il y eut d'abord sensibilité exagérée dans cette articulation avec gonflement peu considérable; puis des alternatives de mieux et de plus mal. L'enfant habitait alors Saint-Médard de Guizières. Elle vint avec sa famille à La Bastide en mars 1856. La tumeur blanche du genou était déjà manifeste. Feu mon confrère M. Penaud lui donna les premiers soins, et après avoir employé sans succès divers médicaments pris dans la classe des antiscrofuleux, il l'adressa à la Société de Médecine de Bordeaux. La petite malade pouvait marcher encore à l'aide d'une béquille, lorsque, dans la salle même des consultations, elle glissa sur le parquet, y tomba sur son genou malade, et depuis lors ne put se tenir debout que longtemps après. La Société de Médecine, entre autres moyens, conseilla des cautérisations transcurrentes, à l'aide du fer rouge, *loco dolenti;* et comme la jambe était un peu fléchie sur la cuisse, qu'il y avait un commencement d'ankylose, on proposa un appareil contentif avec atelle postérieure, pour opérer autant que possible le redressement du membre. Ces conseils ne furent pas suivis. La jambe fléchit davantage sur la cuisse, et l'arthrocace fit des progrès; la fièvre s'alluma, devint presque continue. M. le Dr Penaud fut consulté, il insista

pour qu'on recourut au plus vite au redressement de la cuisse; on l'obtint sans beaucoup de douleur en moins d'un mois.

L'enfant abusa de l'amélioration obtenue, se leva, marcha à l'aide d'une béquille, et comme elle était faible, chancelante, dans un de ces rares moments où elle était seule, elle glissa et se laissa cheoir sur le plancher et suscita de nouveau une recrudescence formidable : cela se passait en septembre 1857. A cette époque, M. Penaud, médecin de la malade, ayant été frappé à mort par une apoplexie foudroyante, mon fils fut chargé de donner ses soins à la malade. Seize cautères, avec la poudre de Vienne, de la largeur d'une pièce d'un franc chacun, furent appliqués à diverses reprises en dehors et en dedans de la rotule. La palpation permit de reconnaître une collection de pus qui fusait depuis le genou jusqu'au tiers supérieur et antérieur de la cuisse. Une ouverture par le bistouri fut faite à la partie moyenne antérieure de ce même membre; une masse de pus s'en écoula. Le désordre dans le genou était tel, qu'on crut que l'amputation serait nécessaire; on s'en abstint par la crainte que l'articulation coxo-fémorale ne fût déjà envahie, car elle semblait déjà baignée dans le pus. La désarticulation de la cuisse était seule proposable. Il s'était formé à la cuisse et au genou quinze ouvertures spontanées, dont trois dans le creux poplité par où pleuvait la suppuration; l'ouverture artificielle en donnait aussi beaucoup.

Cette enfant s'épuisait chaque jour un peu plus; tout semblait marcher rapidement vers une catastrophe inévitable. Les poumons étaient sains heureusement. L'iode

fut injecté chaque jour dans les trajets fistuleux; on en donna à l'intérieur surtout; l'huile de foie de morue rendit de grands services à la petite malade. En l'absence de mon fils, je donnai du phosphate de chaux à la dose de quatre grammes par vingt-quatre heures. A la fin de juin, tous les trajets fistuleux se tarirent, les ulcères séchèrent. L'enfant reprend sa gaîté, son appétit, un peu de force; elle marche à l'aide de béquilles.

Elle est très-bien maintenant : il reste une luxation spontanée en avant, presque complète, du fémur sur le tibia; la rotule est tout à fait en dehors. Quels désordres n'a-t-il pas fallu pour amener ce résultat. L'articulation du genou est ankylosée; le fémur forme avec le tibia, en arrière, un angle obtus de 70 degrés, ce qui permet à l'extrémité des orteils du pied droit de toucher un peu le sol.

IVe Obs. — Il y a environ huit ans que Mme L., âgée aujourd'hui de quarante-neuf ans, d'un tempérament lymphatique exagéré, se fit extraire une molaire du maxillaire inférieur gauche, pour cause d'odontalgie.

Le bord alvéolaire de cette mâchoire, durant l'opération, fut fracturé depuis la dent de sagesse jusqu'à la première molaire, et dans la profondeur de deux centimètres au moins, si bien que toutes les grosses dents de ce côté se trouvaient comme suspendues; le fragment entier cédait sous le doigt qui le pressait, à la manière d'une touche de piano. Cette femme est aux approches de la ménopause; elle porte au cou des cicatrices anciennes d'abcès froids, choses qui ajoutent à la gravité de la fracture. Aussi, après plusieurs mois de souffrances et d'obstacles à la mastication, le fragment ne s'unit

nullement au maxillaire, dont il est séparé de quelques millimètres.

Bien plus, la carie atteint d'abord la grande esquille, qui la propage au corps du maxillaire inférieur, à l'apophyse coronoïde, jusqu'au condyle gauche. L'angle de cette mâchoire est intact; les mouvements d'abaissement et d'élévation, quoique douloureux et gênés, sont possibles, et la malade s'alimente tant bien que mal. Plusieurs trajets fistuleux s'établissent, ainsi qu'une fistule qui verse au dehors, à travers la joue perforée, le fluide parotidien avec profusion; l'enflure augmente de jour en jour, les douleurs deviennent intolérables.

A cette époque, un habile chirurgien consulté est d'avis de réséquer toute la portion du maxillaire inférieur malade. Deux fois il avait pris un jour pour faire cette opération, mais des considérations de haute prudence lui firent changer d'avis. Cette dame prenait de l'iode à l'intérieur; des injections iodées fréquentes étaient faites dans les trajets fistuleux. Le fragment de mâchoire branlant fut saisi, un certain jour, entre les doigts de la malade, qui l'arracha tout d'un coup; une hémorrhagie peu abondante suivit cette avulsion. Depuis lors, la malade a été de mieux en mieux; il ne lui reste plus aujourd'hui qu'une cicatrice profonde et hideuse qui laisse sourdre de son centre de la salive parotidienne, surtout pendant l'acte de la mastication.

En résumant ces Observations, nous voyons que la femme Mage a eu un abcès par congestion dont une vertèbre dorsale était le foyer; qu'elle n'a usé *intus* et *extra* d'aucune préparation d'iode : l'air pur, la lumière

solaire, le régime fortifiant aidé des amers et des antiscorbutiques, sont venus au secours de la force médicatrice, qui a triomphé de son ennemi. Cependant, la malade avait quarante-huit ans, âge peu favorable. On est en droit de conclure par cette Observation, que l'iode n'est pas indispensable à la cure de cette grave infirmité.

Le petit-fils de cette même femme a guéri entre cinq et sept ans, et n'a pris que de l'huile de foie de morue, qui contient une très-faible proportion d'iode; ce qui prouve aussi que la nature n'attend pas toujours à la puberté pour venir en aide au médecin. L'hérédité peut être invoquée dans cette circonstance : la mère de l'enfant, il est vrai, n'est pas rachitique, mais je crains qu'elle n'ait des tubercules aux poumons.

Quant à Monsion, dont le régime analeptique était fort insuffisant, il serait injuste de ne pas faire à l'iode la part qu'il mérite dans les bons résultats qui ont été obtenus; mais le traitement moral, l'aération, l'insolation, en revendiquent une non moins grande; il fût mort dans un hôpital, ce pauvre malade, faute d'y trouver en quantité suffisante l'air pur, *doux pâturage de la vie.*

La jeune fille P. a guéri aux approches de la nubilité. La nature est alors toute puissante. J'ai vu une jeune fille qui depuis sa plus tendre enfance était atteinte de scrofule, qui avait toute l'étendue de la peau du corps labourée de cicatrices et d'ulcères strumeux, je l'ai vue tout à fait guérie six mois après l'apparition des règles.

La femme L., malgré ses quarante-huit ans, a pu guérir; les préparations d'iode ont eu une grande part au succès de la cure. J'ai vu deux enfants de moins de

cinq ans, qui avaient l'un et l'autre une carie scrofuleuse au gros orteil; ils ont guéri en moins de deux ans. Ils prenaient l'eau de chaux et les amers... Que conclure?... Ce que le vieil Hippocrate a dit depuis deux mille ans : *Medicus curat, natura sanat.* Car la nature, pourvu que le médecin place le malade dans de bonnes conditions hygiéniques, est assez puissante pour guérir, à toutes les époques de la vie, les ulcères et les caries scrofuleuses. Il suffit aussi d'un séjour prolongé dans un hôpital, pour modifier le tempérament d'un individu sanguin, et le rendre lymphatique exagéré, scrofuleux même. Il en est encore ainsi lorsqu'un sujet d'une très-bonne constitution quitte un pays sec et chaud pour habiter une contrée froide et humide. Je conclus, en second lieu, que l'hygiène est plus efficace que la matière médicale pour la cure des strumes, et que *l'iode est un des meilleurs adjuvants médicamenteux* de la nature réparatrice [1].

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

De l'Asthme, par le Dr Théry, médecin de l'hospice civil de Langon. (Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine.)

Encore un ouvrage d'un médecin de la province, dont la critique doit s'estimer heureuse d'avoir à rendre compte. C'était pour répondre à l'appel de l'Académie royale de

[1] L'iode et le sel de cuisine sont même considérés par quelques médecins comme de véritables aliments.

médecine de Paris que M. Théry, en 1847, fit son mémoire sur *l'Asthme*. Il a laissé écouler onze années avant de le publier, et cette prudence prouve le soin qu'il a dû mettre afin de le rendre de plus en plus digne de la distinction qu'il avait obtenue. C'est avec une grande modestie qu'il le présente au public, n'ayant pas la prétention de lui offrir beaucoup d'idées nouvelles, mais seulement de résumer les connaissances acquises et de présenter un compte rendu exact et fidèle des progrès faits par la médecine sur un sujet épineux et difficile.

Son ouvrage est divisé en deux grandes sections, et, au nom d'une logique rigoureuse, la première comprend les *faits*, les observations sur lesquelles doit se baser la seconde, la *théorie*, la doctrine de l'asthme.

Deux cent sept observations d'asthme proprement dit, vingt cas d'asthme de Kopp, douze d'asthme de Millar, quelle riche collection ! Et avec le préjugé qui attache une certaine défaveur au récit monotone des faits analogues, il fallait que M. Théry fût bien convaincu de la nécessité d'avoir une base solide et assez étendue pour théoriser avec le plus de justesse possible, pour oser accumuler une aussi grande masse d'histoires. — J'avoue qu'en ouvrant le livre et trouvant une si longue série de faits, je fus d'abord effrayé; mais j'ai lu, et, faut-il le dire, j'ai été étonné de l'attrait que m'a offert cette première partie de l'œuvre de mon savant confrère. Peut-être en trouverait-on la raison dans l'espèce de la maladie.—Longue, à grandes périodes, se présentant dans des circonstances si variées, on n'a pas à y tenir compte, jour par jour, de tous les phénomènes qui se produisent : ce sont des scènes qui ont bien de l'analogie, mais qui se présentent chez des sujets si variés et dans des circonstances si diverses; la plupart racontées par les malades eux-mêmes et dans des styles si pittoresques pour quelques-unes; il en est dont les mala-

des, médecins eux-mêmes, décrivent avec une verve plus ou moins entraînante les incidents si nombreux que leur offrent les scènes morbides, qu'on finit par oublier que c'est toujours de la même affection qu'ils vous entretiennent. Et puis, M. Théry a eu le soin de ne mettre en relief que les choses les plus importantes, je veux dire les plus propres à jeter de la lumière sur les points qu'il s'agissait d'élucider. — Encore un motif qui fait varier ces histoires et leur enlève un reste de monotonie, c'est la division que l'auteur a faite de tous ces faits, selon qu'il a voulu en éclairer la *symptomatologie*, l'*étiologie*, l'*anatomie pathologique*, — et pour celle-ci, selon que les lésions auraient leur siége dans *le thorax*, dans *la tête et le col*, dans *l'abdomen*, — la *nature et le siége*, les *complications*, *la durée, la marche et les terminaisons*, et enfin la *thérapeutique*. Chacune de ses divisions a son analogue ou sa correspondante dans la seconde partie, que l'auteur a appelée *Histoire de l'Asthme*, et un numéro d'ordre appartenant à chaque fait, rien n'a été plus facile pour M. Théry, et ne peut être plus favorable pour le lecteur, que le rappel du point principal que contient chaque histoire, par le simple rappel du chiffre sous lequel elle est enregistrée.

Comme résumé de tous ces faits, l'auteur a dressé deux tableaux synoptiques qui ne manquent pas d'intérêt, et que nous reproduisons en les abrégeant :

Ainsi, pour *le sexe*, on trouve 149 hommes, 60 femmes.

Pour *l'âge*, sur 154 cas où il est connu :

105 d'une manière précise.				*49 indéterminé.*	
De 1 à 10 ans,	6	De 41 à 45 ans,	8	Enfance....	4
11 à 15 —	7	46 à 50 —	13	Puberté....	1
16 à 20 —	10	51 à 55 —	1	Jeunesse....	30
21 à 25 —	13	56 à 60 —	9	Age adulte..	10
26 à 30 —	12	61 à 65 —	0	Vieillesse...	4
31 à 35 —	8	65 à 70 —	2		
36 à 40 —	13	70 à 80 —	3		

Quant aux *professions*, sur 28 femmes dont elle est connue, on en compte 13 sous la dénomination de *classe aisée*.

Pour les hommes, sur 98, il y en a 15 haute position sociale, 10 classe aisée, 10 membres du clergé, 15 médecins ou étudiants en médecine, 6 officiers militaires; toutes les autres professions ne se comptent que par un ou deux cas; et tout cela peut passer pour des *causes* prédisposantes.

Quant aux *causes* hygiéniques, physiologiques, pathologiques, sur 158, les plus fréquentes ont été :

Le froid, boissons froides, refroidissements.	21
Odeurs, vapeurs, gaz irritants.............	11
Travaux intellectuels, émotions vives, accès de colère, chagrins violents.............	11
Rhumatisme, goutte.....................	11
Affections du thorax.....................	12
Dyspepsie...............................	7
Fièvres continues, intermittentes, éruptives.	7

La *terminaison* a été, sur 209 : guéris, 71; morts, 75; soulagés, 20; restant dans le même état, 45. 25 ont été guéris après une courte durée; 45 après une longue durée; les morts sont survenues après une courte durée chez 32; après une longue durée, 43.

Quant aux résultats des *autopsies* cadavériques qu'on a obtenus dans 66 cas, l'auteur les classe sous 24 chefs; mais en les réduisant aux *affections des organes thoraciques,* d'abord des *poumons,* on trouve 25 cas, sur lesquels : abcès, tubercules, concrétions pierreuses du poumon, 9; emphysème pulmonaire, 4; affection des bronches, 4; puis les altérations *du cœur,* du péricarde, des gros vaisseaux, 20; altération *du larynx,* corps étranger dans la trachée, 4; altération des nerf diaphragmatiques et pneumo-gastriques, 2; puis de divers viscères abdominaux, 9. — Au point de vue des idées de l'auteur, sur l'existence d'un

asthme idiopathique, on ne voit que quatre autopsies où il n'y a eu de lésion constatée d'aucun genre.

La statistique relative à l'asthme de Kopp offre, sur 20 enfants, 19 garçons et 1 fille, et pour l'âge, depuis la naissance jusqu'à 17 mois, 1 ou 2 cas pour chaque mois. La *mort* est survenue 14 fois; il y a eu 6 guérisons seulement, et les 10 nécropsies rapportées sont unanimes à accuser le développement du *thymus*.

Quant à l'asthme de Millar, sur 12 cas, 8 avaient pour sujet des garçons, 4 des filles. L'âge était d'un à six ans. Sur les 12 cas, on a compté 10 guérisons, 2 morts.

Bien que nous sachions toutes les réserves qu'il faut apporter dans les déductions fournies par la statistique, il est permis d'en tenir compte lorsque les faits sont aussi nombreux, et nous ne sommes pas étonné que M. Théry se soit cru autorisé à tirer de là une théorie complète de l'asthme. — Peut-être pour ces faits pourrait-on lui reprocher d'avoir voulu trop éviter les longueurs. En effet, il s'est contenté de citer en tête de chacun le nom de l'auteur qui le fournit sans aucune autre indication; en sorte que ceux qui ne connaîtraient pas les ouvrages ne pourraient en aucune sorte recourir aux sources. Mais on peut dire qu'il a puisé partout, non-seulement dans les monographies sur l'asthme, mais même chez les auteurs qui en ont rapporté incidemment quelques cas.

Mais voyons comment l'auteur a traité sa 2e partie, l'Histoire de l'Asthme. Il y prélude par sa définition; mais il voudrait pour cela *séparer cette maladie des autres par des limites sûres et précises, et en outre la caractériser par des signes qui, une fois observés, mettent son existence hors de doute*. La première condition est remplie, selon lui, par l'examen attentif des *lésions organiques;* mais par ces mots, il est loin d'entendre toujours *un changement de texture,* un *vice matériel* dans la *trame des tissus*. « Les

lésions organiques, dit-il, observées pendant *la vie* ou après la mort tombent sous les sens, ou bien elles sont prévues par l'analogie et le raisonnement; en d'autres termes, il existe une physiologie pathologique pouvant, seule et indépendante de toute désorganisation *appréciable*, conduire à la vérité. Nous croyons trouver là une concession mal fondée à l'école anatomique, et il nous semble, contre les prévisions de l'auteur, que quels que soient les progrès de l'anatomie pathologique, il pourra toujours exister des maladies nerveuses, *sine materia,* des maladies de fonctions pour lesquelles il sera toujours impossible d'apprécier des altérations de texture, et l'asthme peut-être sera-t-il toujours l'une d'elles. Au reste, nous ne différons avec M. Théry que par l'expression; ce que nous prouve le raisonnement serré, logique et victorieux qu'il emploie pour établir l'asthme essentiel idiopathique, qui, selon nous, rentre, lorsqu'il légitime ce nom, parmi les maladies réfractaires à l'anatomie pathologique.

Le chapitre consacré à la symptomatologie offre un tableau tracé avec une grande sagacité, aidé du pinceau et des couleurs déjà employés par M. Lefèvre de Rochefort et le D[r] Brée, tous les deux victimes de cette pénible affection; quelques traits lui sont fournis par Senèque, asthmatique lui-même. Dans ce cadre, l'auteur examine la périodicité, caractère qui appartient à l'asthme, qui est une maladie spéciale et bien tranchée. Comme les névroses, l'asthme est influencé par l'habitude, et à ce titre par les influences morales. « Un paroxysme, dit M. Théry, est déterminé par la souffrance d'un organe; cette souffrance est perçue, rappelée par la mémoire et associée immédiatement au paroxysme; dès lors, se produisant de nouveau, elle amène d'une manière prompte et subite, devant les yeux de l'esprit, le souvenir du paroxysme; ou bien, au contraire, ce souvenir se présentant à l'esprit, détermine

la souffrance de l'organe, et par cette singulière corrélation, les accès reviennent à des intervalles réguliers ou irréguliers. » Voilà bien une explication de l'arrivée d'un accès d'asthme; mais quant au retour périodique, régulier, cette condition de périodicité échappe, là comme partout, à toute théorie.

Le chapitre de l'étiologie est sans contredit le plus propre à faire ressortir le caractère vraiment nerveux, vraiment *névrosique*, si l'on peut s'exprimer ainsi, de cette maladie. Aussi, en étudiant les causes dites hygiéniques, on voit que la *constitution atmosphérique* y joue un rôle; que les climats à transition brusque de température, les impressions de froid promptes et vives, même la chaleur excessive, soit des étés, soit du séjour dans la zone torride, des salles de spectacle, des habitations exposées aux rayons du soleil, la provoquent; que si l'air humide peut l'amener, elle est aussi excitée par l'air trop léger des montagnes. Enfin, des localités différentes pour chaque individu présentent souvent une action morbide absolue. Que d'asthmatiques qui ont vu reparaître leurs accès à chaque fois qu'ils revenaient dans certains lieux! Et quelquefois aussi n'a-t-on pas vu un malade souffrant pendant de longues années dans une habitation, guérir en la quittant, et après un certain temps pouvoir y revenir impunément? Et cependant je n'oserais conclure que tout cela était sous la seule influence de la localité. — En effet, comme le dit M. Théry, « après la guérison, le malade a-t-il habité le même quartier? des réparations n'avaient-elles pas été faites dans son logement primitif? des assainissements n'avaient-ils pas amélioré la rue où il demeurait?—Et que de questions encore pourraient être faites dans ce sens. — La confiance du malade dans une guérison assurée n'avait-elle pas modifié sa sensibilité morbide, etc., etc.? car c'est cette sensibilité qui est modifiée par une foule d'autres

causes, telles que l'influence de la nuit et même de la simple obscurité, de la lune et des solstices, des émanations soit animales soit végétales, des odeurs même les plus suaves; et encore là l'imagination ne peut-elle jouer un rôle?—La servante d'un pharmacien de Strasbourg, M. Moritz, voyait se renouveler ses accès lorsqu'on réduisait en poudre la racine d'ipécacuanha; souvent même, quand, *fortement préoccupée,* elle *croyait* recevoir l'impression de cette fatale odeur. Tout ce que dit M. Théry d'une variété d'asthme, *asthma-hay* des Anglais, causé par l'odeur des foins, est très-remarquable.—Toutes ces causes, jusqu'ici, accusent des aptitudes spéciales, une prédisposition, une idiosyncrasie, et peut-être faudra-t-il invoquer partout, avec M. Théry, « une délicatesse morbide pénible au-delà de toutes les suppositions pour certaines natures et incroyable pour les personnes étrangères à notre art; » et il en donne de nombreux exemples. On conçoit, dans cet ordre d'idées, les influences que peuvent avoir les professions.

Mais le rôle le plus actif pour la production de l'asthme doit se trouver dans les conditions physiologiques : l'hérédité, l'âge, le sexe, le tempérament, les influences morales; ce sont surtout ces dernières qu'on constate souvent. Les passions vives, en accélérant la circulation; les passions tristes, en faisant refluer le sang dans les organes intérieurs; toutes en ébranlant fortement le système nerveux, ou au moins en le modifiant : n'a-t-on pas vu ce double effet de l'émotion, tantôt produisant, tantôt suspendant le paroxysme. — C'est à bon droit que M. Théry a insisté sur cette influence de l'émotion dans l'asthme, « car, dit-il, elle me paraît un des meilleurs arguments en faveur de l'opinion qui range cette maladie dans la classe des névroses pures. » Et cela serait justifié quand il n'y aurait que ce fait, vu par le Dr Ramadge, d'une jeune femme d'une

organisation très-délicate et très-impressionnable, qui devint asthmatique par *imitation*, comme dans les névroses spasmodiques, hystérie, danse de S[t]-Guy, et les accès amenés par l'influence de la mémoire et les fâcheux effets de l'habitude.

Voilà bien sans doute pour l'asthme idiopathique, pour l'asthme essentiel; mais ne se présente-t-il pas d'autres conditions où des causes pathologiques semblent jouer le rôle principal et légitimer l'opinion de ceux qui pensent que toujours il existe une cause matérielle, une lésion organique, et qui, en conséquence, regardent l'asthme comme une maladie toujours symptomatique, et en font par conséquent autant de variétés que de causes; mais cela nous conduit naturellement au chapitre de l'anatomie pathologique, très-bien traité par l'auteur. — Là, il semble prendre ses précautions contre les déductions qu'on pourrait en tirer. Il cherche à établir par avance les arguments tendant à affaiblir les conclusions auxquelles pourraient amener les faits d'anatomie pathologique; mais il y revient après dans le chapitre sur la nature et le siége de l'asthme. Il est bien certain que souvent on n'a trouvé aucune altération de structure *appréciable*, et je dis, moi, simplement, aucune altération chez des sujets morts asthmatiques. Il est certain d'un autre côté, que les altérations variées qu'ont offert les cadavres d'asthmatiques ont été trouvées chez des individus qui n'avaient jamais eu d'accès d'asthme; et cela suffirait certainement pour ne pas faire dépendre l'asthme de lésions qui existent sans lui, et qui ne se trouvent pas toujours quand il existe.

Néanmoins, comme concomitance, comme complication, comme suite, il est important de connaître les associations anatomiques qui peuvent se rencontrer avec l'asthme.

Les faits très-nombreux qu'a présentés M. Théry l'ont

mis à même de montrer les altérations que peuvent offrir les *poumons* d'abord, soit comme *congestion pulmonaire, apoplexie, atrophie, pneumonie chronique, emphysème pulmonaire, phthisie, tubercules scrofuleux, calculs, mélanose*, etc.; les *bronches*, par *compression, épaississement, végétations, corps étrangers, polypes, ossifications;* les *plèvres, fausses membranes, adhérences, hydrothorax, empyème;* le *cœur et les gros vaisseaux, hypertrophie, dilatation, maladies des valvules, péricardite*, etc., etc.; l'*encéphale, épanchement de sérosité, ramollissement, concrétions pierreuses;* le *larynx* et la *trachée, compression, hypertrophie des cartilages, œdème de la glotte, induration des cordes vocales, abcès du larynx, corps étrangers;* enfin, *altérations diverses, de l'estomac, du foie, du mésentère*. Cette simple énumération de lésions possibles rend évident qu'aucune d'entre elles ne doit être considérée comme étant la cause première de l'asthme. La cause primordiale doit contenir tous ces genres de désordres; elle ne peut donc résider que dans un système général, ou la masse du sang ou le système nerveux, et l'on n'a pas de peine à conclure avec l'auteur que c'est dans les nerfs qu'il faut aller chercher la solution du problème.

C'est là l'objet du quatrième chapitre, *nature et siége de l'asthme*. Un coup d'œil médical jeté sur la structure du poumon, surtout sur ses organes d'innervation, prélude à rendre compte de la scène morbide qui se passe dans la respiration, et l'examen rétrospectif des observations que l'auteur a accumulées lui sert à établir la véritable doctrine de l'asthme. Dans une de ces pages, on sent la conviction qui domine l'auteur, conviction résultant du sérieux et long examen qu'il a dû faire de son sujet. Aussi, il interpelle son lecteur. « Si après recherches, dit-il, il reste, comme moi, parfaitement convaincu que dans certaines de ces observations aucune lésion apparente n'existait suscep-

tible de produire l'asthme; si dans les autres faits, saisi de la multiplicité des lésions, il n'en trouve aucune qu'il puisse regarder comme étant toujours la cause première, alors qu'il continue à lire ce chapitre; si, contre mon attente, les faits ne sont pas, à ses yeux, suffisamment établis; s'il croit que des observations de pays divers, d'époques différentes, appartenant à des écoles étrangères l'une à l'autre, écrivant plutôt pour constater un fait que pour soutenir une théorie; s'il peut croire, dis-je, que de pareils observateurs, signalant un fait identique, ont pu constamment se tromper, alors qu'il cesse de parcourir ces pages et qu'il reste dans le scepticisme le plus infécond. Avec de pareilles négations, que peut-on fonder en médecine? Il est bien facile de jeter des accusations d'erreur, de mauvaise foi, d'inattention, d'ignorance. Certes, ajoute-t-il, j'ai assez vu des médecins s'attribuer à eux seuls le don de l'observation, et attaquer ainsi les opinions les plus généralement accréditées; leurs efforts n'aboutissaient-ils pas, en définitive, à ce triste résultat : jeter le doute dans les meilleurs esprits, faire passer aux yeux de quelques-uns des erreurs pour des vérités, ou plutôt des cas exceptionnels comme des types auxquels tous les autres faits devaient nécessairement se mouler; dès lors, ne leur fallait-il pas récuser comme mal observés tous les cas contraires. »

C'est avec cette verve et en vertu de cette logique que M. Théry procède à l'établissement de ce qu'il croit, de ce que nous croyons avec lui la vraie doctrine de l'asthme; et comme son opinion n'est pas unanimement admise, il s'en prend à l'une des plus graves autorités soutenant une opinion contraire, à M. Ferrus, dans son article *Asthme,* du dictionnaire en 30 volumes. Il faut voir avec quelle dialectique M. Théry combat les assertions ou plutôt les doutes émis par M. Ferrus, sur l'existence des altérations organiques, et tous ses raisonnements tendant à établir si ce n'est

la certitude, au moins la probabilité de ces altérations. Il est bien vrai que dans le tableau de l'asthme se trouvent bien des traits propres à étayer l'opinion de lésions matérielles; mais alors c'est à titre de complications, et il suffit que quelques cas se soient offerts où l'absence complète de toute lésion a été constatée, pour autoriser à conclure que ce n'était pas elle qui devait constituer l'essence de la maladie : c'est dans le système nerveux qu'elle réside; car, comme le dit très-bien M. Théry, « altérez à votre gré le parenchyme pulmonaire, dilatez les cavités du cœur, désorganisez les valvules, que le système nerveux reste calme, est-il possible de supposer la production de l'asthme? Les faits répondent non. Dans les cas où l'autopsie n'a rien dévoilé; dans les cas où des altérations de tissus ont été rencontrées seulement dans les nerfs, ne faut-il point admettre que la surexcitation nerveuse a été la cause première? » On ne peut, après les raisonnements de l'auteur, se refuser à admettre avec lui ces conclusions : « 1° L'asthme est une névrose des nerfs respirateurs; 2° cette névrose ne laisse aucun signe après la mort; on ne peut lui assigner aucun siége particulier parmi tous les noyaux de substance grise dévolus à la respiration; 3° cette névrose existe, car avec elle on explique la production de l'asthme, et sans elle on ne peut en admettre le développement. » L'explication qu'il donne ensuite des principaux symptômes de la maladie, corrobore cette opinion : l'asthme est une névrose.

Le chapitre des complications serait bien propre à donner gain de cause aux opinions des anatomo-pathologistes sur cette affection, pour peu qu'on voulût leur céder que le trouble nerveux est sous l'empire de la lésion matérielle, d'autant qu'il est de ces complications, de ces maladies qui ont avec l'asthme une cause commune, et qu'il est impossible dans ces cas d'indiquer d'une manière précise laquelle

est la cause, laquelle est l'effet, alors même que l'une a précédé l'autre. L'auteur en fait une énumération raisonnée, puis il s'occupe de la durée, de la marche et des terminaisons de l'asthme. C'est toujours aux faits qu'il a mis en avant qu'il en appelle, et il en jaillit la plus vive lumière. Maladie à accès d'une durée plus ou moins longue, avec des retours quelquefois périodiques, quelquefois ne survenant qu'à l'occasion de la répétition de la cause qui l'avait une première fois amenée, que d'anomalies elle peut présenter dans sa marche et sa durée; c'est à peine si deux malades offriront un tableau parfaitement identique : parfois la dyspnée continue dans les intervalles des paroxysmes, parfois l'accès se termine par une santé complète, comme dans ce cas cité par Grimm, rappelé par M. Théry. « L'abbé de Voisenon a passé sa vie à être mourant d'un asthme et à se rétablir un moment après. Un jour, à la campagne, se trouvant à l'article de la mort, ses domestiques l'abandonnèrent pour aller chercher les Sacrements à la paroisse. Dans l'intervalle, le mourant se trouve mieux, se lève, prend une redingote et son fusil et sort par la porte de derrière. Chemin faisant, il rencontre la procession; il se met à genoux comme les autres passants, et se met en route. Le bon Dieu arrive chez lui avec les prêtres et les domestiques, on ne trouve plus le malade, qui, pendant qu'on le cherchait dans toute la maison, tirait des lapins dans la plaine. » J'aimerais mieux que cette anecdote fût rapportée par un médecin; mais des faits analogues rendent celui-ci assez vraisemblable et me semblent caractériser un des traits de cette maladie.

Quant au diagnostic, il est facile, si l'asthme est vraiment idiopathique, convulsif; il ne devient obscur que s'il est joint à une autre affection, à l'état de cause, d'effet ou de complication; mais l'intermittence, l'apyrexie ou la non augmentation de l'état fébrile, le resserrement douloureux

du thorax, la respiration gênée et sifflante lèveront tous les doutes; et comme l'exprime avec vérité M. Théry : « Il sera lui dans la bronchite, dans l'hydrothorax, dans les maladies des organes circulatoires, etc., etc., comme il est lui quand il est isolé. » Et il peut être plus important qu'on ne pense de le bien diagnostiquer, surtout dans ces cas de complication.

Pronostiquer sur un asthmatique est souvent plus difficile encore que d'affirmer son mal dans sa variété; il suffit de savoir qu'on a vu de ces malades vivre 20, 30 et 40 ans avec leur asthme, et d'autres succomber aux premiers accès. Cependant, et en gardant toujours la réserve dont le médecin ne doit jamais se départir quand on lui demande de prononcer sur l'avenir, on peut, avec une surveillance attentive sur l'état de chaque organe et surtout de chaque fonction, en tenant compte des sages conseils donnés par l'auteur, n'être pas toujours pris au dépourvu. En général, on peut dire que cette névrose doit être considérée comme sérieuse, même dans les cas les plus simples; comme très-grave si elle marche avec une maladie qui puisse compromettre la vie. Méfiez-vous donc de l'adage vulgaire, que l'asthme est un brevet de longue vie.

Avant d'en venir au traitement, l'auteur a consacré un chapitre à ce qu'il appelle *l'historique*. Là, il fait passer successivement sous nos yeux les opinions qui ont régné tour à tour dans la science sur l'asthme, chapitre plein d'intérêt et d'une érudition très-riche, et à propos duquel M. Théry discute à nouveau la question de la nature de cette maladie. Il s'attache surtout à combattre le sentiment de MM. Lefèvre, Bricheteau et Beau, les deux premiers voulant y reconnaître une névrose doublée d'inflammation, le second n'y trouvant qu'une bronchite avec une sécrétion plus abondante dans les branches de l'arbre aérien. Et après avoir successivement exposé et renversé

les opinions diverses des auteurs les plus renommés qui ont admis : 1° *Les spasmes des bronches causés par l'irritation de la muqueuse pulmonaire* (Begin, Bricheteau, Lefèvre); 2° *les spasmes des bronches et des muscles inspirateurs causés par une affection du cerveau* (Georget); 3° *les spasmes des bronches et des muscles inspirateurs, causés par une affection des pneumo-gastriques ou des nerfs des poumons* (Dupuytren, Zalloni); 4° *les altérations du cœur, hypertrophie ou dilatation anémique de cet organe* (Broussais, Rostan); 5° *l'emphysème pulmonaire* (Laennec, Louis); 6° *le catarrhe des bronches* (Beau, Crozant). Il se range de l'avis de Willis, Cruveilher, Reissessen, Copland, qui n'ont voulu reconnaître dans l'asthme qu'une véritable névrose, *les spasmes des bronches*.

Nous conseillons vivement à tous ceux qui voudront être édifiés sur la doctrine la plus vraie de l'asthme, de lire la discussion que M. Théry a consacrée à cette question dans le chapitre dont nous parlons. Il leur sera difficile, après avoir parcouru ces pages, de ne pas se ranger à l'avis de l'auteur.

Mais ce n'est pas tout; l'auteur a voulu remonter jusqu'à la nature de l'asthme. Névrose spasmodique des puissances respiratoires, vers quel but convergent ces efforts? Ce n'est point pour chasser un mucus qui peut ne pas exister. La convulsion est pour lui un *effort réactionnaire*, et c'est au nom du vitalisme qu'il pose cette conclusion, en s'excusant *d'être vitaliste avec Hippocrate et ces grands maîtres qui ont donné tant d'éclat et tant de splendeur à notre science*. Je regrette de ne pouvoir donner plus en détail les pages où M. Théry a répandu sa conviction. Mais je dois finir par un mot de ce qu'il dit du traitement : cela ne peut manquer de venir à l'appui de sa thèse. Ainsi, de quoi s'agirait-il le plus souvent, d'abord pendant l'accès, *de calmer les spasmes et les accidents ner-*

veux par des boissons froides, à la glace, des antispasmodiques, des topiques froids, des vapeurs et fumées stupéfiantes, l'inspiration de gaz ou de vapeurs chargées de principes médicamenteux, des moyens anesthésiques, l'ammoniaque ; puis *débarrasser les poumons des mucosités qui obstruent les bronches :* 1° expectorants, émétiques ; 2° diminuer la sécrétion : diurétiques, purgatifs, diaphorétiques, mercuriaux, opiacés ; ensuite, *combattre la dyspepsie et la flatulence;* enfin, *combattre la congestion des vaisseaux du poumon :* révulsifs, émissions sanguines. Le traitement pendant l'intervalle des accès demande d'autres agents thérapeutiques dont les indications sont bien posées par l'auteur, et des modifications hygiéniques qui, là surtout, ont une grande importance.

Quelques pages sur l'asthme de Kopp et sur l'asthme de Millar terminent cet ouvrage, qui est bien le plus complet sur l'asthme que possède notre littérature médicale. Clarté, méthode, analyse précise des faits, déductions logiques et lumineuses théories éclairées par l'interprétation sagace des faits, telle est l'œuvre de M. Théry, qui mérite d'être entre les mains de tous ceux qui auront à traiter des asthmatiques.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

De l'influence des manufactures de laine sur la santé. — Les recherches entreprises par M. Thomson ont démontré que le poids des ouvriers augmente très-rapidement, et d'une manière très-notable, aussitôt après leur admission dans les manufactures de laine ; ce fait singulier est en opposition avec ce qui se passe dans d'autres manufactures. Voici les conclusions du mémoire important de M. Thomson :

1° Les ouvriers des fabriques de laine forment une classe remarquable par sa bonne santé, et c'est aux graisses au milieu desquelles ils travaillent qu'on doit surtout attribuer leur vigueur et leur embonpoint.

2° Dans l'atmosphère des manufactures, les graisses sont absorbées principalement par la peau, et peut-être aussi par le poumon; ces graisses ont pour effet incontestable d'améliorer la constitution.

3° Introduites par les frictions cutanées ou par les bains, les graisses sont des moyens d'une importance réelle lorsqu'il s'agit d'arrêter ou de détourner les maladies qui proviennent d'une nutrition défectueuse.

4° Les ouvriers qui manient les graisses jouissent d'une singulière immunité dans les épidémies.

5° Les onctions graisseuses méritent d'être employées au moins comme adjuvants pour prévenir ou traiter les scrofules, la phthisie pulmonaire, etc.

(*Edinburg medical Journal* et *Gazette médicale*).

Il n'est guère possible d'envoyer vivre dans les manufactures de laine, les scrofuleux les phthisiques ou les sujets amaigris par des affections chroniques. D'autre part, les onctions ne sauraient introduire dans l'organisme des quantités un peu notables de corps gras sans être faites dans des proportions qui les rendraient difficiles à exécuter. Les bains nous paraissent le meilleur moyen qu'on puisse proposer pour l'introduction des corps gras dans l'organisme par la voie de l'absorption cutanée. Mais sous quelle forme devra-t-on prescrire les bains gras? Il est évident que l'immersion du corps entier dans l'huile ne pourrait être employée qu'exceptionnellement, à cause des dépenses considérables et des embarras qu'entraînerait l'usage de pareils bains. Heureusement, la possibilité d'émulsionner les huiles dans l'eau par de petites doses de carbonate alcalin, rend à la fois économique et pratique l'administration des bains de cette nature.

Après des expériences entreprises sur ce sujet, voici la formule à laquelle je me suis arrêté :

Bain émulsif.

Prenez d'une part :

Carbonate de soude brut	850 gram.
Eau tiède pour un bain entier	200 litres.

Faites dissoudre.

D'autre part, prenez :

Carbonate de soude brut....................	050 gram.
Eau commune tiède........................	500 —

Dissolvez dans un flacon, ajoutez :

Huile d'amandes ou huile de foie de morue...	250 gram.

Agitez quelques instants pour émulsionner et mêlez à l'eau du bain.

Remarques. — L'huile se séparerait si on versait l'émulsion dans l'eau du bain sans avoir rendu cette dernière alcaline. La petite quantité de sel calcaire que contiennent toutes les eaux employées aux usages économiques se trouvant précipitée par le carbonate de soude en excès, ces eaux émulsionnent les corps gras aussi bien que l'eau distillée.

On sait d'ailleurs que les corps gras émulsionnés par les carbonates alcalins traversent les membranes, et sont assimilés aussi bien que les corps gras émulsionnés par le suc pancréatique [1].— Pendant la durée de l'immersion dans le bain émulsif, le corps gras se dépose en partie sur la surface de la peau, et après le bain, l'épiderme, malgré des frictions réitérées avec des linges secs, reste lubréfié d'une manière tout à fait remarquable.

A la suite d'un pareil bain, renouvelé plusieurs jours de suite, j'ai éprouvé un sentiment de bien-être et de vigueur qui m'a semblé confirmer les assertions de l'auteur anglais, et j'entreprends sur ce nouvel agent des expériences thérapeutiques.

J. Jeannel.

Paralysies musculaires de l'œil; préparations phosphorées. — Contre les paralysies musculaires de l'œil, M. Tavignot prescrit

[1] V. sur ce sujet : *Mémoires sur les corps gras,* par le Dr Jeannel. Bordeaux 1859.

le phosphore à l'intérieur et à l'extérieur en frictions circum-orbitaires.

A l'extérieur, on fait, le soir, des frictions avec le liniment ainsi composé :

Huile de noix	100	grammes.
Naphte	25	—
Phosphore	20	centigrammes.

A l'intérieur, des pilules, contenant chacune 2 milligrammes de phosphore fondu dans l'axonge, sont administrées. La dose des pilules est de une à trois.

On peut aussi employer l'émulsion suivante :

Huile d'amandes douces	10	grammes.
Phosphore	10	centigrammes.
Sirop de gomme	90	grammes.
Gomme	2	—

Une à trois cuillerées à café par jour.

Traitement de l'acné. — Si la maladie est légère, on conseille une cuillerée à café de la solution suivante mêlée à un verre d'eau tiède, avec laquelle on pratiquera des lotions matin et soir.

Eau distillée	100	grammes.
Bichlorure de mercure	1	—
Alcool	Q. s.	

Dans certaines formes d'acné (ponctué et sébacé), les astringents locaux seront préférés. Les lotions à l'alun, la pommade au péroxyde de fer réussissent parfaitement.

Axonge	30	grammes.
Peroxyde de fer	50	centigrammes.

Eau	300	grammes.
Alun	30	—

Les lotions sont faites le matin; la pommade est appliquée le soir en se couchant.

Phthisie pulmonaire. — Prescription de M. Louis : Soutenir les forces, calmer la toux, favoriser le sommeil, diminuer les

sueurs nocturnes, voilà les trois indications auxquelles répond la prescription suivante de M. Louis :

1° Une pilule de proto-iodure de fer (Blancard) une heure avant les principaux repas. Après dix jours, deux pilules du même nom chaque fois, et immédiatement après une petite tasse de quassia amara faite à froid et non sucrée.

2° Pendant la nuit, un, deux ou trois centigrammes d'extrait gommeux thébaïque en pilule.

3° Si les sueurs sont abondantes, une ou deux pilules d'agaric blanc de 15 centigrammes le soir en se couchant.

4° Régime tonique non irritant.

Épilepsie datant de seize ans guérie par le chlorure d'argent. — M. Piccardi a communiqué à l'Académie médico-chirurgicale de Turin le fait d'un individu âgé de quarante-quatre ans, qui, depuis seize ans, avait régulièrement chaque semaine une ou deux attaques d'épilepsie. Ayant pour ce genre de maladie toute confiance dans les sels d'argent, mais ne voulant pas avoir recours au nitrate d'argent à cause de sa propriété colorante de la peau, il préféra le chlorure. Il commença par vingt centigrammes et alla à dose croissante jusqu'à un gramme cinquante centigrammes par jour. Pendant les dix-huit premiers jours de traitement, le malade n'eut que trois accès épileptiques, et dès-lors plus aucun. Le chlorure d'argent fut pris pendant près de cinq mois; il ne détermina sur la peau aucune coloration particulière; la guérison se maintint définitive.

De l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie, *de leur influence sur la réunion immédiate et sur les accidents graves ou mortels des plaies et des opérations* (phlegmons diffus, phlegmasies des synoviales tendineuses, infection purulente, etc.). — Sous ce titre, M. J.-F. Batailhé et M. Ad. Guillet viennent de publier un petit Mémoire qu'ils ont adressé à l'Académie de Médecine de Paris.

C'est après avoir examiné ce sujet au triple flambeau de la théorie, de l'expérimentation et de l'histoire, qu'ils se croient en droit de formuler des conclusions que nous allons reproduire.

Mais d'abord, disons que ces messieurs sont partis de ce fait que l'*alcool* coagule l'albumine à la surface des plaies, dans le sang, dans la synovie, pour établir que l'*alcool favorise la réunion immédiate* en arrêtant l'hémorrhagie des petits vaisseaux; —qu'*il prévient le flegmon diffus* en coagulant l'albumine du tissu cellulaire; — qu'*il prévient les fusées purulentes des synoviales tendineuses* en coagulant instantanément l'albumine de la synovie de ces membranes; — qu'*il prévient l'infection purulente* en coagulant le sang dans les veines ouvertes à la surface des plaies.

C'est après avoir fait des plaies plus ou moins profondes à des lapins, les *avoir lavées avec de l'alcool* et réunies après par la suture enchevillée, qu'ils ont obtenu la réunion immédiate après vingt-quatre heures. Après des amputations, des désarticulations, des fractures avec plaies, des plaies d'armes à feu, l'alcool et la suture ont toujours obtenu une réunion immédiate sans accidents. Plaies pénétrantes de l'abdomen avec lésion du foie, de la vessie, du péritoine, toujours même succès.

Enfin, ces auteurs croient avoir trouvé dans l'histoire des faits qui viendraient à l'appui de leur thèse. Ainsi, on employait autrefois des pansements irritants où entraient des substances alcooliques, et on avait beaucoup moins de faits d'infection purulente. C'est lorsque la théorie de l'irritation a fait changer ce mode de pansement, qu'on a vu se produire de si nombreux cas d'infection purulente. La chirurgie ancienne avait pour base de pansements des plaies récentes et des opérations, l'alcool et les alcooliques.

Ainsi, MM. Batailhé et Guillet se croient autorisés à poser les conclusions suivantes :

1° Les alcooliques favorisent la réunion immédiate (preuves théoriques, expérimentales, tirées de la pratique des gens du peuple. Preuves historiques).

2° Les alcooliques préviennent le phlegmon diffus (preuves théoriques, expérimentales, historiques).

3° Les alcooliques préviennent les phlegmasies des synoviales tendineuses (mêmes preuves).

4° Les alcooliques préviennent l'infection purulente (preuves théoriques, historiques).

5° Les alcooliques préviennent les phlébites et les angéioleucites suppurées (mêmes preuves).

6° Donc, dans le pansement des plaies récentes et des plaies d'opérations, il faut abandonner les corps gras, les cataplasmes, et il faut revenir aux alcooliques ; en un mot, il faut revenir à la pratique des anciens.

De la diarrhée chez les enfants sous diverses formes. — La prédominance des maladies des organes digestifs que nous avons signalée les mois derniers, a amené l'attention sur le traitement des diarrhées cholériformes qu'on a vues pendant les grandes chaleurs chez les jeunes enfants.

La diarrhée bilieuse, l'une des formes que l'on a observées et qui s'accompagne de vomissements, est combattue efficacement avec l'ipécacuanha de 30 à 50 centigrammes chez les enfants à la mamelle. Pour M. Trousseau, le sulfate de cuivre fait merveille : 1 décigramme en 4 prises dans de l'eau, données de dix en dix minutes, fait vomir, et les selles diminuent aussitôt. Une pastille de 5 centigrammes de calomel, et le lendemain matin 25 à 30 centigrammes de magnésie, obtiennent le même résultat. D'autres fois, il faut réunir ces moyens dont l'action combinée est seule efficace. Ainsi, après avoir échoué pour chacun d'eux isolément, la diarrhée sera dissipée en donnant le soir, en une fois, une poudre ainsi composée : ipécacuanha, 5 centigrammes ; calomel, 1 centigramme ; laudanum, 2 gouttes ; sucre en poudre, 4 grammes.

Dans la forme la plus grave, la diarrhée cholériforme ou séreuse, qui conduit rapidement au *choléra infantilis*, la seule médication efficace a pour base les vomitifs et les purgatifs. L'ipécacuanha est le meilleur vomitif. M. Trousseau, parmi les purgatifs, préfère le sel de seignette (tartrate de potasse et de soude). Après ces moyens viennent l'eau de chaux (60 grammes) dans du lait ou mélangée avec du sirop, la décoction blanche de Sydenham, la craie, le sous-nitrate de bismuth, le laudanum à la dose d'une goutte.

Si les accidents augmentent, que les yeux s'excavent, que les extrémités se refroidissent, un bain de moutarde peut en-

core être utile et éviter la catastrophe; on délaie 500 grammes de farine de moutarde avec de l'eau froide, on la met dans un sachet dont on exprime le jus dans l'eau du bain; cinq à six minutes suffisent. Il faut même que la main de la nourrice ou de la mère, qui soutient l'enfant dans le bain, mesurent la sinapisation. L'enfant, retiré du bain, est couvert de flanelle; on lui fait prendre du sirop d'éther par cuillerées à café ou quelque autre léger stimulant : eau de menthe, eau de seltz. Puis, si la chaleur est revenue, on met l'enfant au sein ou on lui donne un peu d'eau albumineuse (deux blancs d'œuf dans demi-carafe d'eau sucrée). On continue le sous-nitrate de bismuth dans un peu de sirop de quinquina. Tels sont les moyens prônés par M. Trousseau.

—Dans la séance du 11 octobre, M. Henri Roger a lu, à l'Académie de Médecine, un Mémoire sur *l'auscultation de la tête*. L'importance et la nouveauté de ce sujet nous engagent à en donner un aperçu.

M. Roger commence par rappeler que l'idée d'appliquer l'auscultation au diagnostic des maladies cérébrales appartient au docteur Fisher, de Boston. Il cite ensuite les travaux successifs de M. Whitney, de M. Hennig, etc., en les contrôlant par les résultats de sa propre observation.

Après avoir tracé les règles de l'auscultation de la tête, indiqué les bruits normaux et anormaux que l'on perçoit sur le crâne, après avoir décrit spécialement le *souffle céphalique*, ses caractères, sa cause physique, et en avoir précisé la signification pathologique et la valeur en séméiologie, il termine par les conclusions suivantes, qui ressortent de l'analyse de près de trois cents observations :

CONCLUSIONS GÉNÉRALES : VALEUR DE L'AUSCULTATION DE LA TÊTE.

« Tandis que la stéthoscopie révèle au clinicien, pour les affections des poumons et du cœur, des bruits anomaux nombreux, importants et quelquefois pathognomoniques, l'auscultation de la tête ne fait constater l'existence que d'*un seul* bruit, le *souffle céphalique;* il n'y a ni *égophonie cérébrale*, caractéris-

tique d'un épanchement dans le cerveau; ni battements particuliers à l'apoplexie, ni aucun autre bruit intrinsèque.

» Est il du moins quelque affection de l'encéphale qui puisse être reconnue d'une manière tant soit peu certaine, grâce à la perception de ce souffle? Il n'en est aucune, ainsi qu'on le voit dans presque tous les chapitres de notre Mémoire. Absent dans l'immense majorité des cas, absent dans la *méningite*, dans les *convulsions*, etc., le bruit anomal ne s'est montré que chez quelques enfants atteints d'*hydrocéphalie* chronique; et il ne s'est pas alors montré assez constamment pour qu'on soit en droit de le transformer en un signe des épanchements du cerveau; ni de sa présence, ni de son absence, on ne saurait conclure à l'existence d'une *affection cérébrale* quelconque; de sorte que, à dire vrai, l'auscultation de la tête n'a point d'utilité là où elle semblait devoir naturellement en présenter le plus.

» Par contre, cette même auscultation rend des services inattendus dans le diagnostic des *altérations du sang*, puisque, ainsi que nous l'avons prouvé par de nombreux exemples, on peut, de la présence du souffle céphalique chez les nouveaux-nés et chez les enfants à la mamelle, conclure à l'existence d'une *anémie*, d'un *rachitisme*, à la période d'invasion ou d'état. L'auscultation de la tête a même, pour ce cas spécial, plus d'avantage que celle des vaisseaux du cou; elle est d'une application plus facile. Souvent il m'a été possible d'ausculter sur le crâne, des enfants qui se refusaient obstinément à l'auscultation des régions latérales du cou par leurs mouvements et leurs cris; plus d'une fois, j'ai pu procéder à cette opération pendant le sommeil des nouveaux-nés ou pendant l'allaitement, alors que l'examen des carotides aurait été certainement impossible.

» L'auscultation de la tête vient ici confirmer, pour les jeunes sujets, les lois de relation que MM. Bouillaud et Andral ont trouvée, pour les adultes, entre les bruits vasculaires et les altérations des éléments constitutifs du sang.

» Les services que l'auscultation du cerveau peut rendre à la séméiologie sont plus restreints encore que je ne viens de le dire; tandis que la découverte de Laennec et ses applications multipliées profitent aux malades de tout âge, aux vieillards

comme aux adultes et aux enfants, l'auscultation cérébrale ne saurait être de quelque avantage que chez les très-jeunes sujets : elle n'est praticable que dans une limite d'âge fort étroite, et cette limite est donnée par l'occlusion des fontanelles, qui, en s'ossifiant, forment aux sons une barrière qu'ils ne franchissent guère ; après leur ossification, la perception du souffle céphalique devient exceptionnelle, de sorte que l'exploration stéthoscopique n'est réellement applicable aux malades que dans les deux ou trois premières années de la vie. »

Après avoir jugé par la clinique la valeur de l'auscultation de la tête dans la séméiologie des maladies du cerveau, après avoir reconnu que ce mode d'exploration physique ne donne guère que des résultats négatifs, M. H. Roger mentionne quelques faits d'auscultation cérébrale et de pathologie infantile que les présentes recherches lui ont appris, faits qui lui semblent nouveaux et d'un certain intérêt pratique ; il les résume à la fin de son Mémoire.

« Ces faits sont :

» 1° L'existence d'un souffle céphalique dans la chloro-anémie des très-jeunes sujets, souffle très-fréquent, alors qu'il est tout à fait exceptionnel dans les affections de l'encéphale ;

» 2° La nature de ce souffle, qui est, dans tous les cas, un bruit lié à une altération du sang, un bruit inorganique et non pas organique ;

» 3° La fréquence de la chloro-anémie dans la première année de la vie et à l'époque de la dentition ;

» 4° La fréquence, également méconnue, de l'anémie dans la coqueluche ;

» 5° La possibilité de rencontrer de très-bonne heure, par l'auscultation du crâne, l'altération du liquide sanguin, et conséquemment de la combattre vite, ce qui n'est pas peu important dans le très-jeune âge, où toute cause de débilitation de l'économie peut aboutir, surtout s'il y a prédisposition, à une tuberculisation générale ;

» 6° La fréquence, sinon la constance, du souffle céphalique dans le rachitisme ;

» 7° La démonstration par ce souffle et par ses caractères,

de la nature du rachitisme, qui doit être considéré non point comme un mal localisé au système osseux, mais comme une altération du sang, comme une maladie qui affecte tout l'organisme;

» 8° La constatation, au moyen de chiffres précis, de l'époque où les fontanelles commencent à se former (à 10 mois, chez le quart des sujets), et de celle où l'occlusion doit être complète (de 2 à 3 ans dans presque tous les cas); notion qui n'est pas sans importance au double point de vue de la pathologie et de la médecine légale : d'une part, en effet, constater une occlusion tardive des fontanelles, c'est reconnaître en même temps un retard apporté à l'ossification générale, et conséquemment annoncer l'imminence du rachitisme ou le commencement d'une hydrocéphalie; et, inversement, constater une occlusion précoce des sutures et des fontanelles, c'est être à même de prévoir la possibilité d'une microcéphalie et d'une idiotie consécutive; d'autre part, la détermination de l'état des fontanelles à une période donnée de la première enfance, peut servir au médecin légiste pour fixer d'une manière très-approximative l'âge d'un enfant ou pour résoudre une question d'identité. »

Du traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdes, par l'application du cautère actuel. — La règle la plus généralement adoptée aujourd'hui pour la cure de ces sortes de tumeurs est de les enlever en totalité, au delà de leurs limites, afin d'en prévenir plus sûrement la récidive. Qu'on ait recours à l'instrument tranchant ou aux caustiques potentiels, pâte arsenicale, de Vienne ou de Canquoin, etc., l'indication reste la même, et plus on a sacrifié de tissus périphériques sains, moins on redoute la réapparition de la maladie.

La pratique chirurgicale présente cependant des cas nombreux où l'application de cette doctrine offre de graves difficultés. Si le cancer épithélial menace d'envahir les bords libres des paupières ou d'atteindre toute l'épaisseur des ailes du nez, lorsque ses progrès le rapprochent de la commissure des lèvres ou de l'orifice du conduit auriculaire, on peut être très-embarrassé de les arrêter, et l'on se trouve entre deux dangers : abandonner le malade à une mort inévitable, ou s'exposer à produire des désordres et des difformités excessivement graves, qui ne

sont même pas contre-balancées par la certitude de la guérison.

Les chirurgiens ont constaté depuis longtemps la résistance des tissus fibreux à l'envahissement des cancers épithéliaux, et Lisfranc avait tiré de cette remarque un procédé ingénieux de dissection et de conservation des corps caverneux, que l'on sacrifiait souvent avant lui.

L'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire et réfractaire aux modifications morbides. Ne pouvait-on pas profiter de ce fait pour créer de toute pièce des barrières à l'extension des cancroïdes, et même les détruire sur place en retardant ou en prévenant le danger de les voir récidiver? C'est une expérience que nous avons faite et qui nous a réussi.

Nous étions fortifié dans l'espoir de tirer un heureux parti de ces essais par cette considération que les suppurations prolongées sont favorables à l'élimination des éléments du cancer. Lorsque j'eus l'honneur de débuter dans l'externat à la Charité, sous la direction d'un vénéré maître, le professeur Boyer, j'avais été frappé de sa persistance à faire suppurer les plaies résultant de l'ablation des cancers. C'était l'époque où la réunion immédiate, cette source de tant d'accidents, était appliquée presque sans exception, et cependant Boyer continuait à la repousser et se fondait sur la plus grande rareté des récidives après la suppuration.

J'ai eu l'occasion de vérifier la justesse de cette opinion par l'emploi du microscope; des portions de tissus infiltrés d'éléments cancéreux au moment de l'opération n'en présentaient plus aucune trace après quelques semaines de suppuration.

J'avais, comme on le voit, des motifs puissants de tenter l'application du cautère actuel à la cure des cancroïdes, et voici les principales observations que j'ai recueillies.

Un de nos malades de la clinique, âgé de cinquante-cinq ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë. Le conduit auditif allait être envahi; nous appliquâmes le feu à plusieurs reprises sur l'ulcération et nous obtînmes une cicatrice solide et persistante. Le malade, malgré nos instances, quitta l'hôpital, et nous ne l'avons pas revu; mais aucun autre procédé n'eût pu nous donner un résultat aussi prompt ni aussi heureux que celui que nous avons obtenu.

Un second malade était affecté d'un cancroïde occupant une

partie de la joue et s'étendant vers la paupière inférieure, dont il touchait presque la commissure. Le feu arrêta les progrès du mal, et la guérison fut obtenue.

Un homme âgé, portant un cancer épithélial de la totalité de la partie supérieure de la lèvre inférieure, fut traité par le même procédé à la clinique, il y a près de deux ans, et, à la troisième application du cautère, sa plaie se cicatrisa sans notable difformité.

J'ai eu sous les yeux, pendant deux années, un vieillard atteint de cancroïde à la joue. La lèvre supérieure, toute la paroi latérale du nez, la paupière inférieure et l'angle naso-palpébral étaient envahis.

Le cautère actuel a permis de substituer à l'ulcération une cicatrice ferme, épaisse, unie, très-profonde, puisqu'une portion des os du nez fut exfoliée. Plusieurs fois un commencement de récidive se fit sur les bords du tissu cicatriciel, mais l'emploi du fer rouge en triompha.

Cette année j'ai reçu à la clinique la femme Legrand (Adèle), âgée de soixante-dix ans, portant sur le milieu de la lèvre inférieure une tumeur épithéliale datant de sept mois, et offrant 4 centimètres de largeur sur trois de hauteur et autant de projection.

La muqueuse était à peine ulcérée, et cependant il eût fallu sacrifier les deux tiers de la lèvre pour en pratiquer l'ablation par le procédé ordinaire d'excision en V.

J'appliquai le feu le 17 mai sur la base de la tumeur, dont j'avais séparé avec des ciseaux courbes la partie la plus saillante.

Deux nouveaux cautères furent éteints quatre jours plus tard sur la plaie, que je soutenais avec l'indicateur gauche en arrière, afin de ne laisser, sans la détruire, aucune partie indurée. Les limites du mal ne furent pas sensiblement dépassées.

La guérison fut complète au bout de quinze jours, et j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie la photographie de la malade, prise le 14 juillet, deux mois environ après l'opération.

La partie moyenne de la lèvre est rétablie de la manière la plus régulière. La cicatrice est unie, souple, sans blessures; toute la hauteur et la largeur de l'organe sont conservées.

Le procédé de la guérison a été très-simple, sans perte notable de substance, sans complications possibles, et nous croyons les résultats plus sûrs qu'à la suite de l'excision.

Dans le cas où une petite dureté ou bosselure apparaîtrait dans l'épaisseur de la cicatrice et indiquerait une imminence de récidive, nous n'hésiterions pas à y poser immédiatement une pointe de feu, et nous détruirions de nouveau sur place, et avec une parfaite facilité, toute tendance à la réapparition de la maladie.

L'emploi du chloroforme est devenu si complètement innocent entre des mains exercées, et inspire une telle confiance aux opérés, que ces cautérisations sont acceptées sans répugnance et sans crainte, et la chirurgie se trouve ainsi armée d'une nouvelle et puissante ressource contre des altérations qui pouvaient auparavant sembler désespérées.

Nous nous sommes demandé comment les avantages de la cautérisation ignée avaient pu être méconnus par tant d'excellents observateurs dont s'enorgueillit notre art. Les caustiques potentiels, dont l'efficacité est si remarquable, ont été difficilement acceptés dans le traitement du cancer, et il faut que des exemples malheureux, ou plutôt des essais téméraires, aient compromis profondément ces méthodes, pour qu'on n'ait même pas essayé le feu dans les cas de cancroïde. M. Velpeau, dont nous invoquons toujours l'autorité, n'en a pas recommandé l'usage, et M. Philippeaux, dans son *Traité pratique de la Cautérisation*, n'en parle pas.

C'est néanmoins un procédé excellent dans les conditions spéciales que nous avons fait connaître, et les observations que nous avons eu l'honneur d'exposer à l'Académie des Sciences nous ont paru dignes de son intérêt. SÉDILLOT.

(Revue de thérapeutique médico-chirurgicale).

Dans le numéro de septembre dernier, page 605, où j'analysais les derniers volumes de M. Gintrac, j'ai mentionné la classification que mon confrère a établie sur les maladies cutanées. Je l'ai présentée comme la meilleure que je connaisse jusqu'à ce jour. Depuis, la *Gazette des Hôpitaux*, dans son numéro de jeudi 6 octobre dernier, publie la classification que M. le Dr Bazin a donnée dans ses leçons faites à l'hôpital Saint-Louis.

Nous avons examiné avec soin cette classification, et nous ne pouvons la considérer comme supérieure à celle de M. Gintrac. Nous allons en faire juges nos lecteurs.

M. Bazin se contente de rappeler les classifications de Mercurialis, Turner, Alibert, celle de Frank, celles de Plenk et Willan, pour les répudier, puis il propose la sienne.

Il veut la faire concorder avec la nosologie générale, et, pour cela, il établit trois catégories d'états morbides :

1° Difformités; 2° maladies chirurgicales; 3° maladies internes.

A la première, difformités congéniales ou acquises, correspondent :

Les nœvi, ichtyose, vitiligo congénital ou acquis.

A la deuxième, affections cutanées chirurgicales, correspondent :

A. Mécaniques : plaies, déchirures, brûlures, ecchymoses.
B. Artificielles : directes, indirectes ou pathogénétiques.
C. Parasitaires : phyto-dermiques, insecto-dermiques.

A la troisième, affections cutanées de cause interne, correspondent sous l'appellation générale d'éruptions :

A. Éruptions pestilentielles (anthrax malin, charbon, etc.)
B. Éruptions fébriles (taches rosées lenticulaires, sudamina, miliaire fébrile).
C. Éruptions exanthématiques (rougeole, scarlatine, variole, varioloïde, varicelle).
D. Éruptions pseudo-exanthématiques (roséole, urticaire, pityriasis sub-aigu, pemphygus aigu ou fièvre bulleuse, herpès phlycténoïde, zona).
E. Érysipèle.
F. Purpura.
G. Éruptions propres aux maladies constitutionnelles ou impétigines :
    a. Scrofulides
    b. Syphilides.
    c. Herpétides.
    d. Arthritides.
    e. Éruptions scorbutiques.
    f. Éruptions pellagreuses.
H. Éruptions diathésiques (épithélium, carcine, cancroïde, mycosis, etc.).

Il n'y a là, ce nous semble, aucun principe philosophique : la chose dominante est le besoin de concordance avec une classification nosologique, et nous ne voyons pas en quoi celle qu'admet M. Bazin est elle-même bien fondée.

La division principale des maladies aiguës et chroniques nous paraît plus fondamentale, et puis les sous-divisions admises par M. Gintrac nous semblent avoir leur raison d'être, et surtout jeter une plus grande clarté sur l'histoire en particulier de chacune d'elles. Quoi qu'il en soit, c'est aux lecteurs à comparer, et nous nous en rapportons à leur choix. C.

CHRONIQUE.

Des lettres particulières nous annoncent que S. M. l'Empereur, approuvant le vœu exprimé par les membres de l'Association médicale de la Gironde, a nommé M. le Dr Mabit Président de cette Association.

— L'assemblée générale des délégués des Associations locales agrégées à l'Association générale des Médecins de France, aura lieu le 30 octobre.

— M. le Dr Philippe (de Tours), médecin principal de 1re classe, chef du service médical à l'hôpital militaire de Bordeaux, est promu au grade de Commandeur dans l'ordre de la Légion d'Honneur.

C'est la première fois qu'un officier de santé militaire du grade de principal, est décoré de la croix de Commandeur. Cette haute récompense, accordée à l'un des plus dignes représentants du corps de santé militaire, sera reçue par ses confrères avec une véritable reconnaissance; elle devient pour eux un nouveau motif d'honorable émulation.

— M. le Dr Massy, médecin-major de 2e classe au 38e régiment de ligne, est nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

Prix. — Le décret du 14 avril 1855, qui instituait un prix magnifique de 30,000 fr. en faveur de l'œuvre ou de la découverte reconnue, après chaque période de trois années, la plus digne d'honorer l'esprit national, a été modifié. Le nouveau décret est daté de Saint-Cloud, 11 août 1859, et conçu comme il suit : « Un prix de la valeur de 20,000 francs sera, tous les deux ans, décerné en notre nom par l'Institut impérial de France, dans la séance publique commune aux cinq Académies. Ce prix sera attribué tour à tour, dans l'ordre des lettres, des sciences et des arts, à une œuvre ou une découverte désignée par la majorité des suffrages des Académies réunies. Il remplacera le prix triennal institué par le décret du 14 avril 1855, et sera décerné pour la première fois dans la séance du 15 août 1860, entre les auteurs qui se seront produits dans l'ordre des lettres pendant les six dernières années. »

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(Septembre 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	16	23	19	761	763	Ouest	Pluie.	Il a plu la nuit.
2	18	23	19	764,5	764,5	N-O.	Pluie.	F.pl., le t.s'éclaircit les.
3	16	25	19	764,5	764,5	Nord.	Beau.	Ciel nuageux.
4	20	25,5	19,5	764,5	764,5	Ouest	Pluie.	Forte pluie d'or. le s.
5	17	24	19	764,5	764,5	N-O.	Couv.	Ciel brumeux.
6	18	24	19	765	766	N-O.	Couv.	*Idem.*
7	18	23	19	766	766	N-O.	Couv.	Forte menace de pluie.
8	18	25	18	766	766	N-O.	Beau.	Ciel nuageux.
9	17	25	18	764,5	765	N-O.	Beau.	*Idem.*
10	13	22	16	767	768	N-O.	Couv.	Menace de pluie.
11	10	20	16	767	767	N -E.	Beau.	Belle journée.
12	13	20,5	17	766	763,5	Est.	Beau.	Jolie journ., ciel nuag.
13	17	21,5	14	764,5	762	Ouest	Beau.	Brumes épaisses le mat.
14	13	19	14	759	758	S -O.	Pluie.	Forte pluie.
15	14	22	16	758	757	Ouest	Pluie.	Pl. de t. ent., forte le s.
16	16	15	10	755	755	Ouest	Pluie.	Pluie toute la journée.
17	10	19	14	755	760	S -O.	Couv	Temps beau le soir.
18	10,5	18	13	763	766	N-O.	Beau.	Quelques nuages.
19	11	19	15	767,5	765	S -O.	Couv.	Beau le soir.
20	15	20	13,5	763	763	S- O.	Beau.	Pl. le mat., ciel nuag.
21	14	21	15	760	700	S -O	Couv.	Brouil le mat., pl. le s.
22	14	22	15	762	762	Ouest	Couv.	Beau temps le soir.
23	15	26	18,5	763	763	S- E	Beau.	Temps chaud.
24	15	27	19,5	762	762	S -E.	Beau.	*Idem.*
25	17	28	20	766,5	766,5	S- E.	Beau.	*Idem.*
26	15	24	19,5	766,5	765	S -E.	Beau.	Temps nuag. le matin.
27	15	23	17	765	765	N -E.	Beau.	Ciel nuageux.
28	16	24	16	762	760	Ouest	Pluie.	Temps orag., orage le s.
29	14	22	13,5	761	764,5	Ouest	Beau.	Belle journée.
30	12	23	13,5	764,5	762	S- E.	Beau.	*Idem.*

Résumé des observations météorologiques de Septembre 1859

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	20° le 4.	28° le 25.	20° le 25.
Moindre............	10° le 17.	18° le 18.	10° le 16.
Moyen..	15° les 20, 23, 24, 26 et 27.	22° les 10, 15, 22 et 29.	17° les 12 et 27.

Chaleur du milieu du jour : 19 jours de 18° à 23° ; 11 jours de 24° à 28°.

BAROMÈTRE.

Maximum.................... 768 mill. le 10.
Minimum............ .... 755 mill. le 16.
Medium..... .... 763 mill. les 20 et 23.
Variations barométriques. Aucune variation brusque.

Direction des vents... Le vent a soufflé du nord........ 1 fois.

nord-ouest..	8	»
ouest...... ...	7	»
sud-ouest.. .	5	»
sud-est.	4	»
sud..........	»	»
nord-est.....	1	»
est...........	»	»

Vents dominants : Ouest et Nord-Ouest.

État du ciel. — Jours beaux......... 15.
couverts...... 8.
pluie.. .... 7.
orage .... »

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le temps a été très-variable pendant tout le mois de septembre ; la pluie, les temps couverts et les beaux jours ont fréquemment alterné, sans produire de série continue. Cependant, dans les derniers jours, et sous l'influence du vent Sud-Est, on a eu plusieurs beaux jours à température tout à fait estivale. On sait que dans le Nord il s'est produit plusieurs aurores boréales qui ont produit un effet perturbateur sur les courants électro-magnétiques des télégraphes, quoiqu'elles n'aient pas été aperçues à Bordeaux. Ces phénomènes météorologiques n'ont pas paru exercer d'influence sur la colonne barométrique, qui n'a éprouvé aucune variation brusque.

Bordeaux. Imp G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OBSERVATION DE TÉTANOS TRAUMATIQUE

traité sans succès par le curare[1];

par M. Henri GINTRAC, Professeur adjoint de Clinique interne à l'École de Médecine.

Lorsqu'un médicament nouveau apparaît dans la pratique médicale, il est du devoir de celui qui l'a expérimenté d'en faire connaître le degré d'activité, l'influence thérapeutique réelle. C'est pour obéir à cette pensée que je publie l'observation suivante :

F., âgé de dix-huit ans, est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin. Sa vie est sédentaire; il dirige un tir au pistolet. Se nourrissant convenablement, il n'a jamais été adonné à aucune sorte d'excès; il a toujours joui d'une santé parfaite.

Le 4 octobre 1859, F., marchant les pieds nus, se fait une plaie au pied droit. Un clou pénètre d'un centimètre environ par son extrémité acérée dans la région plantaire, au niveau de l'articulation de la première phalange du quatrième orteil avec le métatarsien. Le corps étranger est immédiatement extrait; il ne provoque dans la partie atteinte qu'une légère douleur et un faible écoulement de sang. Cet accident n'eut alors aucune importance, puisque F. continua de marcher. Trois jours après, la plaie était complétement cicatrisée.

[1] Les détails de cette observation ont été recueillis par M. Demptos, interne et aide de clinique.

Le 17 octobre, F. éprouve une céphalalgie intense, des douleurs vagues dans les membres, un sentiment de raideur vers la nuque qui rend pénibles les mouvements de la tête, des élancements dans les régions temporo-maxillaires. — Le 18, les jambes sont alternativement le siége de crampes et de secousses convulsives; les tiraillements qui se produisaient daos les muscles de la partie postérieure du cou s'étendent à ceux des gouttières vertébrales. Ce n'est qu'avec peine que le tronc peut être fléchi en avant; la contraction spasmodique se prononce dans les muscles de la face; il y a de la gêne dans les mouvements des mâchoires, qui se serrent graduellement et ne peuvent s'écarter que d'une manière incomplète.

Transporté le 19 octobre, à cinq heures du matin, à l'hopital Saint-André, dans le service de clinique interne, F. présente l'état suivant :

Décubitus horizontal, rigidité musculaire générale, corps allongé droit et immobile; tête renversée en arrière et inflexible, céphalalgie, face colorée, pupilles un peu resserrées, douleur au niveau des tempes et des joues, contraction spasmodique des muscles élévateurs de la mâchoire, par suite de laquelle les arcades dentaires ne peuvent s'éloigner que d'un centimètre; cependant la déglutition est facile. Convexité du tronc en avant (opisthotonos). Les muscles de la masse sacro-lombaire et de la région dorsale sont durs; par moments ils se contractent avec force, et ils deviennent alors tellement douloureux que le malade ne peut s'empêcher de pousser des cris. Le ventre est rétracté; il y a de la constipation et de la dysurie. Les muscles des parois

thoraciques sont le siége de secousses convulsives qui déterminent un certain degré de suffocation, d'où résulte une accélération très-marquée des mouvements respiratoires. Les membres inférieurs n'offrent encore qu'une simple disposition à la contracture, les supérieurs conservant leur souplesse. Intelligence parfaitement nette. Pouls assez développé, à 90 pulsations. (Bain de vapeur.) Ce bain ne peut être supporté que vingt minutes; il produit une sueur abondante sans aucun amendement des symptômes.

A huit heures du matin, lors de la visite, la tête est toujours renversée en arrière et immobile; les muscles du cou sont dans un état de contraction permanente. Les temporaux et les masseters en convulsions toniques tiennent les mâchoires rapprochées; la déglutition s'opère bien. L'opisthotonos persiste. Les muscles dorsaux et ceux des gouttières vertébrales sont le siége de douleurs qui s'exaspèrent par moment et arrachent des cris au patient. Les parois du ventre présentent un plan solide très-résistant; la constipation se maintient, ainsi que la dysurie. Les mouvements des membres inférieurs sont pénibles et embarrassés. Quant à ceux des membres supérieurs, ils restent libres. La peau est chaude; le pouls plein, large, à 100 pulsations. (Vingt sangsues le long du rachis; extrait thébaïque, 0,20, en cinq pilules; chloroforme en inhalation; deux vésicatoires sur l'épigastre avec le marteau de Mayor.)

Pendant la journée l'émission des urines est devenue naturelle, mais la contraction des muscles du cou, de la face et du tronc est toujours aussi forte; les douleurs, qui paraissent avoir pour point de départ la région lom

baire, sont aussi vives : secousses convulsives dans les membres inférieurs, flaccidité des membres supérieurs. Le soir, vers six heures, le calme semble vouloir s'établir, il ne dure que peu d'instants. Pendant la nuit, l'agitation est extrême, l'insomnie absolue; les douleurs acquièrent un haut degré d'intensité.

20. Raideur plus grande des muscles du cou, même immobilité de la tête qui est portée en arrière, et de la mâchoire inférieure qui peut à peine s'écarter d'un demi-centimètre de la supérieure; opisthotonos plus prononcé; respiration courte, pénible, entrecoupée de plaintes; pouls à 128, assez développé et régulier; 30 inspirations, sueur générale.

1° Julep contenant 10 centigrammes de curare pour 120 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées de deux en deux heures;

2° Solution de curare dans de l'eau distillée à 2 décigrammes par gramme, de telle sorte que chaque goutte de liquide contient un centigramme de curare. A l'aide de la seringue Pravaz, on introduit dans le tissu cellulaire sous-cutané du tronc, des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face, une goutte de cette solution, à neuf heures et demie du matin, à dix heures et demie, à onze heures et demie, à midi et demi; à deux heures et demie, à quatre heures et demie, à six heures et demie, à neuf heures et demie du soir; il en résulte que, dans cette journée, 8 centigrammes de curare sont injectés sous le derme.

Le soir, aucune rémission ne s'est manifestée; persistance du trismus et de l'opisthotonos, légère contracture des membres inférieurs, évacuations alvines et urinaires

naturelles, moiteur générale, pouls à 120 pulsations, respiration gênée.

21. Au commencement de la nuit, pendant une heure environ, les douleurs ont été moins vives, puis elles sont revenues avec une nouvelle intensité : agitation, insomnie, cris aigus et plaintifs. Le matin, les contractions sont énergiques et soutenues : nulle modification ni dans le trismus, ni dans l'opisthotonos; les élévateurs de la mâchoire inférieure sont rigides, la déglutition est restée facile; le ventre offre la résistance d'une planche; les jambes sont raides et ne peuvent être fléchies que par un mouvement communiqué; les membres supérieurs sont toujours mobiles : 36 inspirations, 140 pulsations. (Même julep au curare, injection avec la seringue Pravaz, d'un centigramme de curare, à six heures et demie, huit heures, neuf heures, dix heures, onze heures et demie du matin; une heure et demie, deux heures et demie, trois heures et demie, cinq heures, six heures, neuf heures et onze heures du soir, c'est-à-dire 12 centigrammes de curare. Bouillon.)

Durant toute la journée, le malade a constamment poussé des cris de douleur; le corps est raide et immobile; la tête est renversée en arrière sans que la main qui la soulève puisse en changer la direction; les muscles de la nuque résistent comme des cordes tendues, la contracture des masseters est considérable, l'écartement des arcades dentaires est le même, la déglutition est facile. Les muscles de la partie antérieure du cou font sous la peau une saillie notable; les attaches inférieures des sterno-mastoïdiens se dessinent très-nettement. L'opisthotonos fait des progrès. Les contractions violentes

des muscles du tronc favorisent l'émission des urines, qui ne s'effectue que par regorgement. Pouls à 128 pulsations, moins développé; 38 inspirations.

22. La contraction spasmodique tend à envahir le système musculaire tout entier; elle est si douloureuse, qu'elle arrache au malade des cris déchirants. L'arc de cercle à concavité postérieure que forme le tronc, est encore mieux dessiné; la plus légère pression, de chaque côté du rachis, est très-sensible; les membres inférieurs sont contractés d'une manière permanente; en un mot, le corps est tellement raide, qu'on dirait toutes les articulations ankylosées. Pouls à 130, peu développé; moiteur; sudamina nombreux sur le front, le cou et les épaules; rétention d'urine, qui oblige à pratiquer le cathéterisme. (Dans le courant de la journée, injection, avec la seringue Pravaz, de 18 centigrammes de curare.)

Soir. Les contractions tétaniques sont accompagnées de violentes douleurs qui deviennent atroces pendant les paroxysmes. Le trismus et l'opisthotonos sont au même degré. La souffrance et le spasme augmentent lorsque le malade essaie d'effectuer quelque mouvement. Les extrémités inférieures opposent une résistance invincible aux efforts que nous tentons pour les faire fléchir. Les membres supérieurs offrent peu de résistance. Le pouls devient petit, à 140 pulsations. L'intelligence conserve la plus parfaite intégrité.

23. Insomnie, douleurs atroces, cris presque continus, trismus et opisthotonos plus prononcés, ventre très-tendu, rétention d'urine, sentiment de constriction au-devant de la poitrine, dyspnée, 42 inspirations, 138 pulsations, éruption miliaire sur le tronc et les membres

supérieurs, sudamina sur les parties déjà indiquées.

Voyant que le curare dont je me servais ne produisait aucun effet sensible sous le double rapport physiologique et thérapeutique, je reconnus la nécessité de l'expérimenter sur des animaux. Dix centigrammes de curare, injectés sous la peau de la cuisse d'un lapin, déterminent la mort de l'animal au bout de cinq minutes. Chez un autre lapin, cinq centigrammes introduits de la même manière ne tuent qu'après un quart-d'heure; chez un troisième, la même dose de cinq centigrammes ne produit pas d'effet toxique. — La lenteur de l'action du poison dans la deuxième expérience, son innocuité dans la troisième, me firent craindre que ce curare n'eût subi quelque altération. Je résolus alors d'en demander à Paris, et, par dépêche télégraphique, je m'adressai à MM. Mialhe et Grassi, qui eurent l'obligeance de m'en expédier immédiatement. Qu'ils me permettent de les remercier ici de leur empressement si bienveillant.

En attendant l'arrivée du curare : bain de vapeur, extrait thébaïque 0,30, chloroforme en inhalation, lavement huileux, bouillon.

Ces divers moyens n'amènent aucune amélioration. Le pouls est toujours petit, très-fréquent; la respiration gênée; il y a de l'anxiété précordiale; les symptômes persistent en s'aggravant; l'éruption miliaire se répand sur le tronc et les membres inférieurs; la peau n'a nullement perdu de sa sensibilité. (Injection, avec la seringue Pravaz, de 5 centigrammes du curare de MM. Mialhe et Grassi. — Ce curare, expérimenté chez des lapins, est toxique en quatre minutes à la dose de 5 centigrammes.)

Soir. Nulle modification des symptômes tétaniques, suffocation, muscles pectoraux fortement contractés, rigidité très-grande de tout le corps, sauf des membres supérieurs; face congestionnée, pouls imperceptible.

25. Étouffements, voix voilée, parole entrecoupée, respiration laborieuse, gêne de la déglutition, rétention d'urine, un peu de délire, diaphorèse, fréquence extrême et petitesse du pouls. (La dose de curare administrée en injection est portée à 15 centigrammes.)

26. Les symptômes deviennent de plus en plus alarmants. La raideur tétanique envahit les membres supérieurs; face pâle; constriction des ouvertures palpébrales, avec semi-occlusion des paupières; trismus presque complet, respiration stertoreuse, contractions convulsives des muscles respirateurs, incohérence dans les paroles, sueur visqueuse, pouls imperceptible. (Injection de 20 centigrammes de curare.)

27. Mort.

Nécropsie. — En disséquant les tissus du pied droit atteints par le clou, on constate que la plaie a été superficielle et la cicatrisation complétement achevée. Il n'y avait eu ni épanchement sanguin, ni lésion musculaire ou nerveuse apparente.

Il existe une rigidité des membres et du tronc considérable. Les muscles sont d'un rouge bleuâtre très-marqué; ceux de la région dorso-lombaire sont gorgés d'une grande quantité de sang.

Les membranes qui enveloppent le cerveau sont injectées, la pie-mère surtout est très-hypérémiée; les vaisseaux qui rampent à la surface du cerveau sont très-apparents et remplis de beaucoup de sang, la subs-

tance cérébrale a sa coloration et sa consistance ordinaires, les ventricules ne contiennent pas de liquide, la dure-mère rachidienne n'offre rien de particulier, l'arachnoïde et la pie-mère ont une teinte rouge générale; la moelle épinière, dans toute son étendue, présente une texture, une couleur et une consistance parfaitement naturelles.

Les poumons sont fortement engoués. A la base surtout, leur parenchyme est infiltré d'une très-grande quantité de sang; plongé dans l'eau, il ne surnage pas.

Le cœur a son volume habituel, il contient fort peu de sang dans ses cavités.

La muqueuse gastrique n'est point injectée, elle a sa teinte ordinaire, ainsi que la muqueuse intestinale. Le foie et la rate sont congestionnés; les reins d'un rouge brunâtre sont imprégnés de sang.

L'existence d'un tétanos traumatique aigu ne saurait être contestée. La nature de la cause, l'étude des symptômes et de la marche de la maladie forment les éléments d'un diagnostic précis. Il est toutefois plusieurs circonstances dignes d'être signalées : c'est le long intervalle qui s'est écoulé entre la cicatrisation de la blessure et l'apparition des premiers symptômes tétaniques; c'est encore l'exiguité apparente de la plaie et même sa guérison hâtive. On pourrait croire cette solution de continuité étrangère à la cause du tétanos; mais lorsqu'on réfléchit à l'exquise sensibilité de la région affectée, au nombre des filets nerveux qui la traversent, on conçoit qu'une lésion extrêmement légère en apparence ait pu produire des accidents aussi formidables.

En présence d'une maladie aussi grave et contre laquelle les ressources de l'art ont été si souvent inutiles, il était naturel de s'adresser à un agent qu'on pouvait considérer comme une conquête récente de la thérapeutique. Employé à l'intérieur et à l'extérieur, le curare est resté impuissant. Cet insuccès doit-il être attribué à un emploi trop tardif ou trop faible du médicament, ou à sa qualité mauvaise? Le curare a été administré presque dès le début et à des doses aussi élevées que chez les malades de MM. Vella, Manec et Chassaignac. Quand l'observation clinique n'a pas encore déterminé la posologie d'un remède qui, à 5 centigrammes, est toxique chez les animaux, une grande réserve n'est-elle pas absolument nécessaire? Serait-il juste d'invoquer la qualité mauvaise du curare? Mais il possédait évidemment une certaine énergie, car 10 centigrammes déterminent la mort d'un animal en cinq minutes, 5 centigrammes tuent en un quart d'heure. Le résultat de la troisième expérience ne doit pas infirmer les deux autres. N'est-il pas permis de se demander si, dans ce dernier cas, la solution était bien préparée, exactement pesée, et si elle a suffisamment pénétré dans les tissus? C'est donc par un véritable scrupule et pour aller au-devant de toutes les objections possibles, que j'ai demandé d'autre curare à MM. Mialhe et Grassi. Or, ce médicament, qui jouissait de toutes les propriétés toxiques, n'a nullement enrayé la marche de la maladie, et même n'a produit aucun effet sensible. L'observation que je viens de rapporter tend à prouver qu'il ne faut pas accorder une confiance trop grande à l'emploi du curare dans le traitement du tétanos.

CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ.

Service de M. le professeur CHAUMET.

TROIS OBSERVATIONS DE FRACTURES COMPLIQUÉES,

recueillies par M. DUCHÊNE, interne du service.

Ce n'est guère que dans les grands hôpitaux qu'il est donné d'avoir des faits de chirurgie en assez grand nombre dans un temps limité, pour pouvoir tirer de leur rapprochement des conclusions utiles. C'est là où l'on peut recueillir à la fois des observations qui s'éclairent les unes les autres, et qui font à ceux qui les ont recueillies le devoir de les faire connaître. C'est pour cela que nous ne croyons pas dépourvue d'intérêt la publication des faits qui vont suivre. Nous les accompagnerons après de quelques réflexions.

Ire OBSERVATION.

Fracture communitive de l'humérus droit à sa partie moyenne, issue des esquilles à l'extérieur; fracture des os propres du nez; délire nerveux; pneumonie double intercurrente; guérison.

Auguste Hémery, âgé de vingt-sept ans, célibataire, d'une constitution bonne, d'un tempérament sanguin, charpentier à Bordeaux, chemin de fer du Midi, tombe d'un échaufaudage élevé de 5 mètres environ, le 1er mars; il est immédiatement transporté à l'hôpital Saint-André, salle 18, n° 17, où l'on constate les phénomènes suivants : crépitation, raccourcissement, mouvements anormaux à la partie moyenne du bras, issue des fragments par une plaie irrégulière de 7 centimètres de long sur 3 de large à la partie moyenne de la face

interne du bras droit; il s'en est écoulé une grande quantité de sang; l'artère humérale n'a cependant pas été lésée. — On constate en premier lieu une fracture des os du nez, plus une entorse de l'articulation radio-carpienne. — Le malade est atteint de délire nerveux très-intense : quatre de ses camarades ont de la peine à le tenir. (Potion avec 0,15 d'extrait thébaïque.) On réduit la fracture. Le bras est placé dans une gouttière coudée en fil de fer garnie de ouate et de compresses imbriquées de haut en bas; on panse avec un linge cératé la plaie du bras, qu'on couvre de compresses imbibées d'eau-de-vie camphrée; on en fait autant pour l'articulation radio-carpienne gauche. La fracture des os carrés du nez est réduite en les élevant avec l'extrémité d'une sonde métallique, et on couvre la partie de compresses imbibées d'eau froide. — On combat les phénomènes cérébraux. (Dix sangsues aux apophyses mastoïdes, lavement avec eau de mauve et quinze gouttes de laudanum.) Le malade est très-agité pendant toute la journée.

Le lendemain, 2 mars, le délire persiste. (Potion avec 60 grammes sirop de morphine, dix sangsues par la méthode de Gama aux apophyses mastoïdes, compresses froides sur la tête et le nez.)

Le 3, le malade est plus calme; on procède au pansement du bras fracturé et on constate un chevauchement des fragments, résultat des grands mouvements auxquels le malade s'est livré pendant son délire. On opère de nouveau la réduction de la fracture; la plaie a fourni un peu de suppuration; pansement simple. (Bouillon, potion au sirop de morphine.)

Le 4, le malade est calme; il souffre peu de ses bles-

sures. Pouls à 85. (Même traitement que la veille, sauf la potion au sirop de morphine. Bouillon, volaille, pour régime.)

Le 5, la suppuration est assez abondante; une fusée purulente gagne la partie postérieure du bras; on établit une compression sur ce point. (Pansement au cérat.)

Le 6, même état que la veille.

Le 7, le décollement s'étend sur la face postérieure du bras; on le retire de la gouttière pour le placer dans un appareil à bandelettes séparées, sur un coussin élevé.

Le 8, le pus est réuni en foyer; une incision favorise l'écoulement, aidé par la compression. Le pouls est à 90.

Le 9, un nouveau phénomène se présente; le malade tousse légèrement; la percussion et l'auscultation du thorax ne donnent pourtant rien à noter.

Le 10, la suppuration est très-abondante; le malade tousse fréquemment; il éprouve de la gêne dans la respiration.

Le 11, le malade expectore des crachats légèrement striés de sang; la percussion et l'auscultation de la paroi antérieure de la poitrine ne fournissent aucun des signes de la pneumonie; il n'en est pas de même pour la face postérieure du thorax; on obtient de la matité s'étendant de la quatrième à la neuvième côte de chaque côté. Il y a des râles crépitants dans toute l'étendue de la face postérieure du thorax; le pouls est à 90. (Tisane de lierre terrestre miellée, potion avec 6,00 d'oxyde blanc d'antimoine, quinze sangsues disséminées sur le côté gauche du thorax.)

Le 12, les plaies fournissent une grande quantité de pus; on continue toujours le même pansement; la per-

cussion et l'auscultation donnent les mêmes résultats; les crachats sont sanguinolents, la dyspnée augmente. (Même traitement, sauf les sangsues.)

Le 13, la peau de la face interne et postérieure du bras paraît adhérer dans quelques points aux parties molles sous-jacentes; on continue la compression et le même traitement. — Sur la face postérieure du thorax, du côté droit, la percussion fournit une matité un peu moins étendue et moins intense que la veille. On entend quelques râles sous-crépitants en arrière. Du côté gauche, les râles crépitants persistent; le pouls est à 89. (Potion avec oxyde blanc d'antimoine, 6,00, et un peu de bouillon pour régime.)

Le 14, on fait l'extraction d'une esquille du fond de la plaie; l'incision, déjà pratiquée un peu au-dessous et en arrière de cette dernière, commence à se cicatriser; il existe peu de décollement de la peau à son pourtour. On continue la compression.— Du côté du poumon, les crachats sont jus de pruneaux : les râles crépitants sont remplacés par des sous-crépitants dans le poumon droit. Dans le gauche, ils persistent avec la même intensité. Le pouls est à 86. (Même potion, bouillon, tapioka.)

Le 15, l'état des plaies n'offre rien de particulier à noter; la respiration commence à se rétablir du côté droit; du côté gauche, les bulles de râles crépitants semblent devenir un peu humides; le malade crache toujours du sang; il a de la dyspnée, les pommettes sont colorées, le pouls est à 95; le malade est très-faible; il ne peut prendre que du bouillon. (Potion avec oxyde blanc d'antimoine, 4,00.)

Le 17, les crachats sanglants persistent; on n'entend

plus à droite que quelques râles sous-crépitants, la respiration se rétablit. Au sommet du poumon gauche, vers la base, on entend de gros râles sous-crépitants; le pouls est à 93.

Le 18, le décollement de la peau qui s'étendait en bas et en arrière du bras n'existe plus; on extrait une autre esquille du fond de la plaie située sur la face interne du bras. — Crachats sanglants. Du côté droit de la poitrine, la respiration est normale; du côté gauche, les râles sous-crépitants, à bulles moyennes, persistent. Pouls, 93. (Tisane de gomme; oxyde blanc d'antimoine, 2,00.)

Le 20, le débridement que l'on avait pratiqué sur la face postérieure du bras est cicatrisé; la plaie, située sur la face interne du bras, bourgeonne rapidement. — Pansement à plat.— Les crachats sont toujours sanguinolents; cependant, la respiration est plus ample; il n'y a pas de dyspnée; on entend toujours des râles sous-crépitants dans le côté gauche du thorax; le pouls est à 85. (On supprime l'oxyde d'antimoine.)

Du 20 au 25, la plaie du bras marche vers la cicatrisation; elle ne mesure plus que 3 centimètres de long sur 1 de large; les crachats contiennent moins de sang.

Du 25 au 31 mars, les symptômes du côté du poumon ont complétement disparu, la respiration s'est rétablie; la plaie du bras conserve ses limites; elle suppure; il n'existe pas encore de consolidation des fragments; le malade est épuisé; il mange deux cinquièmes et prend de l'infusion de quinquina. Jusqu'au 10 avril, pansement simple.

Le 11 avril, on enlève une troisième esquille.

Le 19, la plaie est complétement cicatrisée ; on remarque un commencement de consolidation des fragments.

Le 24, application d'un appareil inamovible, que le malade garde jusqu'au 20 mai. Dans cet intervalle, le malade s'est levé tous les jours.

Le 20 mai, la consolidation de la fracture est complète; il existe un peu d'ankylose dans l'articulation du coude, qui a été avantageusement combattue par le massage et les mouvements passifs, et le 25 juin, le malade a pu quitter l'hôpital, son bras jouissant de tous ses mouvements physiologiques.

Le délire nerveux, ou si l'on veut dépendant de l'irritation cérébrale qu'a causé le traumatisme auquel est due la fracture des os du nez, a été efficacement combattu par les réfrigérants et les sangsues autant que par les narcotiques en assez haute dose.

L'issue de la suppuration au dehors a toujours été favorisée par l'ouverture artificielle qui lui a donné passage, et par la compression, qui l'a dirigée vers la plaie. — La sortie des esquilles, qui n'a eu lieu qu'à des intervalles assez éloignés, a retardé la consolidation osseuse. Il a fallu, pour l'obtenir, en revenir à un appareil inamovible, et il est remarquable que la formation du cal s'est effectuée, après la sortie des esquilles, dans l'espace de temps ordinaire à cette fonction. Nous pouvons noter, enfin, que la mobilité de l'articulation a été conservée, grâce aux mouvements passifs qu'on lui a de temps en temps imprimés. — La pneumonie intercurrente n'a dû être combattue qu'avec modération; aussi a-t-elle duré trois septenaires, bien qu'elle ne fût

pas très-intense. L'oxyde blanc d'antimoine a obtenu d'assez bons résultats.

II[e] Observation.

Fracture compliquée de la jambe gauche au niveau du quart inférieur; résection d'une portion du fragment supérieur; guérison.

Marie Congé, âgée de cinquante-quatre ans, mariée, d'un tempérament lymphatico-sanguin, blanchisseuse à Bordeaux, entre le 18 juillet à l'hôpital Saint-André, salle 2, n° 14, pour une fracture de la jambe gauche. Elle a fait une chute de dessus une charrette, lancée au galop d'un cheval, et s'est fracturée la jambe au niveau du tiers inférieur. La fracture est en bec de flûte, le fragment supérieur du tibia très-saillant sous la peau; elle est facilement réduite par l'interne de garde, qui applique un appareil de Scultet; mais, par suite des mouvements qu'exécute la malade les jours suivants, le fragment supérieur se déplace, fait saillie sous la peau, la perfore, et donne lieu plus tard à de graves désordres. —Pendant sept jours, la malade n'accuse aucune douleur dans la jambe. — Enfin, le 25 juillet, on veut visiter l'appareil; mais à peine a-t-on enlevé le coussinet placé au niveau de la fracture, qu'on aperçoit les compresses longuettes tachées de pus; tout l'appareil en est pénétré. La jambe, mise à découvert, présente dans sa moitié inférieure des phlyctènes remplies de sérosité purulente couleur lie de vin. Le fragment supérieur du tibia est très-aigu, complètement à découvert; à son niveau existe une plaie transversale de 4 à 5 centimètres d'étendue; on remarque, en outre, deux plaques de spha-

cèle à peu près arrondies, du diamètre d'une pièce de dix centimes, occupant, l'une la face interne du tibia, au-dessus de la plaie produite par le fragment supérieur; l'autre siégeant en partie sur la face interne du tibia et sous les parties molles de la jambe, un peu en arrière de la précédente. La réduction de la fracture n'est possible qu'après la résection du fragment inférieur du tibia. Cela fait, on applique un nouvel appareil de Scultet. (Bouillon, volaille, infusion de quinquina.)

Le 26, la quantité de pus fourni par la plaie est abondante; la malade a de la fièvre; elle est très-affaiblie. (Même traitement que la veille.)

Le 27, l'état de la malade s'aggrave; la plaie suppure toujours beaucoup; le pouls est à 105; il y a de la diarrhée. (Pansement au cérat, infusion de quinquina, pilules d'acétate de plomb et d'extrait thébaïque, diète.)

Le 28, élimination des escharres; persistance de la diarrhée.

Le 29, même état, six selles dans les vingt-quatre heures. (Lavement amidoné opiacé.)

Le 30, la suppuration est toujours abondante, la faiblesse extrême; la diarrhée a un peu cédé.

Le 2 août, la diarrhée a cessé; la malade est très-faible; le pouls est à 98. (Bouillon.)

Le 4 août, on place la jambe fracturée dans un appareil amovo-inamovible, qu'on a confectionné sur une jambe ayant à peu près les mêmes dimensions qu'elle.

Le 5 août, la plaie et les deux ulcérations résultant de l'élimination de la peau mortifiée fournissent une suppuration très-abondante; on n'aperçoit aucune trace

de travail réparateur. La jambe est dans une immobilité complète; la fièvre paraît avoir un peu cédé; le pouls est à 94; la malade a de l'appétit. (On lui donne du bouillon, de la volaille, de l'infusion de quinquina.)

Le 6, les deux ulcérations se sont réunies à la plaie pour n'en former qu'une vaste, irrégulière.

Le 10, la suppuration semble diminuer; la malade reprend des forces; le pouls est à 90. (Infusion de quinquina et un cinquième d'aliments.)

Le 15, le fond de la plaie bourgeonne; il offre un bel aspect.

Le 18, on cautérise les bourgeons charnus des bords de la plaie; le pouls est à 85. L'état général de la malade est bon. (Infusion de quinquina et 2 cinquièmes.)

Le 23, la plaie a diminué d'étendue, elle s'est un peu comblée, elle suppure peu.

Jusqu'au 29, l'état général de la malade s'améliore; il n'y a pas de fièvre; la plaie bourgeonne rapidement; on la cautérise tous les jours sur ses bords.

Dans la première quinzaine du mois de septembre, la cicatrisation de la plaie subit un temps d'arrêt; elle reste stationnaire.

Le 21, la malade éprouve une douleur profonde dans la face externe de la jambe.

Le 23, on remarque la tuméfaction de cette partie, et, par la palpation, on sent, au niveau du bord antérieur du tibia, un peu d'empâtement, de résistance élastique. (On fait une application de cataplasmes sur ce point.)

Le 25, la fluctuation y est manifeste; on fait une incision; il s'écoule une petite quantité de pus; ce foyer ne communique pas avec celui de la fracture. Depuis

cette époque, il s'est écoulé un peu de pus séreux, la cicatrisation s'est à peu près complétée, et le 23 septembre il ne reste plus qu'une petite plaie de 7 à 8 millimètres de diamètre. Enfin la malade quitte l'hôpital vers la fin d'octobre.

Ce fait est surtout remarquable en ce qu'il prouve, une fois de plus, que de graves désordres peuvent s'établir à la suite de l'application d'un appareil dans les fractures, à l'insu et des malades et du chirurgien. Il ne faut pas toujours s'en rapporter aux malades. Leur apathie, la crainte de la levée de l'appareil, leur font souvent dissimuler ce qu'ils éprouvent, et, dans tous les cas, il vaut mieux, surtout dans les deux ou trois premiers jours, s'assurer de ce qui se passe dans la blessure. — Ces deux faits se font aussi remarquer par l'absence d'accidents de résorption purulente. Ce qui prouve encore la nécessité d'une cause ou d'encombrement, ou de constitution médicale régnante, pour faire naître cette grave complication.

(La suite au prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE.

OBSERVATIONS,

par M. Marc BORCHARD, Docteur en Médecine des Facultés de Halle et de Paris, Médecin aux Rapports près les Tribunaux, Médecin adjoint de l'hôpital Saint-André.

Ambroise Paré commence par l'énoncé d'une règle générale, qui domine ainsi tous les enseignements ulté-

rieurs, son Vingt-Septième Livre, véritable création de ce génie fécond; car jamais encore aucun Traité spécial de Médecine légale n'avait été publié avant le sien, ni en France, ni ailleurs, et c'est à bon droit que son savant commentateur, M. Malgaigne, a fait ressortir ce mérite, un peu effacé par tant d'autres titres à la reconnaissance du monde médical.

« Il reste à present instruire le jeune Chirurgien à bien faire Rapport en Justice. — En ce il doit estre caut, c'est-à-dire ingenieux à faire son prognostic. — Mesme le premier et principal point est, qu'il ait une bonne ame, ayant la crainte de Dieu devant les yeux, ne rapportant les playes grandes petites, ni les petites grandes, par faveur ou autrement : parce que les Jurisconsultes jugent selon qu'on leur rapporte [1]. »

Afin de mettre les médecins en garde contre de telles erreurs, les exemples de circonstances où elles pouvaient être commises ne sauraient trop être multipliés; j'y ai antérieurement apporté mon faible contingent [2]. Aujourd'hui, je viens relater un cas tout récent, où une plaie, insignifiante à l'extérieur, cachait les désordres internes les plus graves, et détermina une mort presque immédiate. A. Paré avait vu des faits analogues, ou les

[1] *Œuvres complètes d'Ambroise Paré*, édition Malgaigne, t. III, p 651. Paris, 1841. In-4°.

[2] *Observations de blessures par armes à feu et par instruments piquants et tranchants, etc., etc.*; in : *Journal de Médecine de Bordeaux*; année 1854, pag. 661 et suiv.

A cette catégorie se rattache aussi mon *Mémoire sur une cause d'erreur ayant donné lieu à des accusations d'infanticide, et non encore signalée par les auteurs, etc., etc.*; in : *Journal de Médecine de Bordeaux*, 2e série, nos de juin 1857, avril et août 1858.

connaissait du moins par ses lectures; il les caractérise admirablement dans son langage si net et si naïf : « Les anciens, dit-il, nous ont laissé par escrit que les playes estaient dites grandes en trois manières. — La seconde, pour la principauté de la partie qui doit estre estimée pour l'action : comme vne petite playe faite d'vn poinçon ou autre instrument qui sera pointu et delié, penetrant en la substance de quelque partie noble, comme cerveau, cœur, foye. »

Ire Observation.

Blessure très-légère en apparence. — Symptômes généraux graves. — Mort.

Le 31 octobre 1859, vers six heures du soir, la nommée Thérèse Latour, âgée de quarante-deux ans, fille publique, habitant le quartier de la prostitution, se trouvait à sa porte; un homme entra chez elle; il en sortit environ cinq à dix minutes après, au dire de quelques témoins. Bientôt des personnes logées dans une chambre voisine de celle de cette femme, entendirent des gémissements... Elles accoururent et la trouvèrent étendue par terre, sans connaissance. Il n'existait aucune trace de vol ni de lutte; le lit n'était point défait.

Je fus requis pour examiner l'état de la blessée. Voici un extrait de mon Rapport médico-légal, rédigé dans la soirée :

« Nous trouvons la fille Latour étendue sur le dos, les yeux fermés, les extrémités supérieures fléchies et rigides. Elle ne donne aucun signe d'intelligence; toutefois, en irritant la peau, on provoque quelques mou-

vements des bras. Le pouls est extrêmement lent et faible, par moments la respiration devient stertoreuse.

» La paupière supérieure de l'œil gauche est, dans toute son étendue, le siége d'une ecchymose très-volumineuse et rénitente. Sur cette même paupière, près de l'angle interne de l'œil, existe une plaie transversale, longue de 2 centimètres, et entre les lèvres de laquelle un peu de tissu cellulaire fait saillie.

» Ayant écarté cette paupière, nous voyons, entre l'angle interne et la cornée transparente (région qui correspond à la plaie de la paupière), la conjonctive oculaire détachée et flottant sur la sclérotique. De ce point part une ecchymose d'environ 2 millimètres de large, et dessinant un demi-cercle au-dessus de l'iris.

» Les pupilles de l'un et de l'autre œil sont immobiles; elles ne réagissent point lorsque nous en approchons une lumière.

» Sur les vêtements on remarque des aliments récemment vomis, et une très-faible quantité de sang sur le corsage de la robe et sur le tablier. — On nous dit qu'on a enlevé beaucoup de sang répandu sur le plancher, à l'endroit où gisait la tête de la fille Latour, quand, entendant de sourdes plaintes dans sa chambre, on y est entré. Nous n'avons vu qu'un caillot de sang près de la cheminée, où, d'après les mêmes témoignages, auraient reposé les pieds.

» Nous recueillons un couteau, afin de l'examiner ultérieurement. Il a été trouvé par terre, près de la victime.

» De ces faits et observations nous déduisons les conclusions qui suivent :

» 1° La blessure de la paupière n'est légère qu'en apparence; elle a été faite par un corps piquant, qui, selon toute probabilité, a pénétré avec une très-grande violence dans l'intérieur du crâne, et lésé gravement le cerveau; car les symptômes généraux, décrits ci-dessus, sont ceux d'une hémorrhagie cérébrale.

» 2° L'état de la blessée est très-dangereux; elle succombera en peu de temps. »

Une saignée fut pratiquée. Le sang coula abondamment; mais l'état comateux ne cessa point : la mort survint à minuit.

Le 1er novembre, à trois heures, je fis l'autopsie avec M. le Dr Lafargue, mon collègue près les tribunaux; nous étions assistés de M. Bouisson, interne à l'hôpital Saint-André; je me plais à rendre témoignage de son zèle et de sa constante obligeance.

J'insère ici notre Rapport :

« Le cadavre offre une obésité remarquable; on n'y voit point encore de taches cadavériques.

» La paupière supérieure de l'œil gauche est, dans toute son étendue, le siége d'une ecchymose volumineuse et rénitente. Près de l'angle interne de l'œil on remarque une plaie transversale, longue de 2 centimètres; le tissu cellulaire fait saillie entre les lèvres de cette solution de continuité. En disséquant les téguments, nous constatons un épanchement sanguin considérable, s'étendant, d'un côté, jusqu'à la région temporale gauche, et, de l'autre côté, jusqu'à l'angle interne de l'œil droit et à la suture transversale qui unit les os nasaux avec le frontal. Ces épanchements, à l'exception de celui de la paupière, ne sont point visibles

avant la dissection; tous sont profonds et imbibent jusqu'au périoste.

» Sur le globe de l'œil gauche se voit une infiltration sanguine, d'environ 2 millimètres de large, qui dessine un demi-cercle au-dessus de l'iris, et a son siége dans le tissu de la sclérotique. Entre l'angle interne de l'œil et la cornée transparente (région qui correspond à la plaie de la paupière), la conjonctive oculaire est détachée et flotte sur la sclérotique; cette dernière est intacte.

» A la surface de la tête et du corps, il n'existe d'autre lésion qu'une ecchymose profonde, d'environ 4 centimètres de diamètre, placée un peu à droite de la protubérance occipitale externe.

» Nous divisons ensuite la voûte crânienne circulairement au moyen de la scie, nous enlevons l'œil gauche, et nous disséquons toutes les parties molles qui l'entourent, afin de mettre à découvert le fond de l'orbite. Au milieu de ce tissu cellulo-adipeux, qui est très-abondant, nous trouvons plusieurs petits caillots de sang; et à la face orbitaire de l'os frontal, laquelle forme la paroi de la voûte de l'orbite, nous constatons une ouverture qui admet l'extrémité du petit doigt; une fêlure, longue de 2 centimètres, part de son bord supérieur vers la gauche et en haut.

» A la base du lobe antérieur du cerveau, à la partie qui est placée derrière cette ouverture, se trouve un caillot de sang ayant le volume d'une petite noisette; la portion de substance cérébrale, à laquelle il adhère, est comme broyée dans une étendue de plus de 2 centimètres de diamètre. Nous recueillons à la même place

un fragment d'os de forme irrégulière, ayant environ 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

» A peine avons-nous détaché et soulevé l'encéphale, qu'une grande quantité de sang fluide se précipite dans la cavité crânienne et la remplit en partie. Ce sang provient des deux ventricules antérieurs et du troisième ventricule, qui tous en renferment beaucoup; en outre, le ventricule gauche contient un caillot diffluent très-volumineux.

» Nous avons enfin examiné un couteau qui avait été trouvé par terre, près de l'endroit où gisait la fille Latour lorsqu'on entra dans sa chambre après le meurtre commis sur elle. C'est un fort couteau de table, dont la lame a 12 centimètres 1/2 de long; son extrémité, large de 1 centimètre 1/2, est arrondie et amincie. La lame est, dans toute son étendue, couverte d'une vieille rouille noire, qui a complétement fait disparaître l'éclat de l'acier et l'a même corrodé en beaucoup d'endroits.

» A 5 centimètres de l'extrémité libre, la lame est couverte d'une matière noire, épaisse, d'abord molle, depuis desséchée, offrant une texture comme feuilletée, et paraissant être formée de quelque fragment d'aliment, tel que de pomme de terre; elle exhale une faible odeur d'oignon. Il existe quelques fragments de la même matière près du manche. Ce dernier est couvert d'aliments vomis, entièrement semblables à ceux trouvés sur les vêtements, et dont il est rendu compte dans le premier Rapport, à la date d'hier.

» De ces faits et observations nous déduisons les conclusions qui suivent :

» 1° La mort de la fille Thérèse Latour a été causée

par une hémorrhagie cérébrale extrêmement abondante.

» 2° Cette hémorrhagie est l'effet d'une lésion traumatique de l'encéphale.

» 3° Cette blessure a été produite par l'action violente d'un corps piquant et très-solide, qui a pénétré dans le cerveau, après avoir blessé superficiellement l'œil, lequel s'est écarté; avoir traversé une couche cellulo-adipeuse fort épaisse, et déterminé la fracture d'une partie du crâne. Le trajet ainsi parcouru par le corps vulnérant peut être évalué à 6 centimètres.

» 4° L'ecchymose à la région occipitale a dû se former lorsque la blessée est tombée sur le sol.

» 5° La forme de la lame du couteau, son peu de solidité, ainsi que l'absence de traces de sang (ni l'analyse chimique, ni l'examen par le microscope ne sont praticables dans l'état où est cette lame), nous font penser qu'il n'a pas servi à l'exécution du crime. »

Fait à Bordeaux, le 18 novembre 1859.

Je joins à ce cas une deuxième observation, qui est également de date toute récente. Mais ici la lésion externe, suite d'un acte d'irréflexion inconcevable, est d'une gravité évidente; un organe des plus importants est labouré dans tous les sens, et pourtant la vie et même l'intelligence subsistent pendant un temps relativement long.

IIe Observation.

Coup de feu. — Projectiles nombreux dans l'encéphale. — Mort après vingt-trois heures.

Dans la soirée du 15 octobre 1859, le sieur Danos, Émile, âgé de vingt-sept ans, ouvrier armurier, se pro-

mène avec six de ses amis. Il soutient que l'un d'eux, homme de quarante-deux ans et père de famille, n'osera pas tirer sur lui à dix pas; il lui propose un pari. Une autre personne présente, chasseur expérimenté, fait un trajet d'une demi-heure pour apporter un fusil. Danos le charge, et se met à la distance indiquée. L'individu provoqué accepte le défi, vise, au dire de témoins, et lâche le coup. Danos tombe baigné dans son sang. Il était près de minuit.

Je ne fus appelé auprès du blessé que le lendemain, à neuf heures du matin. Je rendis compte de sa situation dans les termes suivants :

« — Introduit dans une chambre du premier étage, nous avons trouvé ce jeune homme étendu dans un lit, ayant la tête, la moitié du visage, ainsi que la chemise, couvertes d'une grande quantité de sang.

» Un bandage contentif et des compresses d'eau froide sont maintenus sur le front, d'après la prescription d'un médecin.

» Les paupières de l'œil droit sont le siége d'infiltrations sanguines, livides, extrêmement volumineuses. L'œil gauche offre le même aspect, mais à un degré moindre. Ayant écarté les paupières, nous constatons que l'œil est intact; l'œil droit ne peut être mis à découvert.

» Le blessé agite sans cesse son bras droit, et la main exerce sur les couvertures et les vêtements des mouvements automatiques, semblables à ceux qu'on observe dans les fièvres les plus graves, et qu'on désigne par le mot de *carphologie*.

» Le bras gauche est étendu et immobile.

» La cuisse et la jambe du côté droit sont fléchies au

genou et relevées; elles sont le siége de mouvements fréquents.

» L'extrémité inférieure gauche est allongée et sans mouvement.

» La respiration est précipitée; le pouls est dur, petit, et bat 115 fois par minute.

» Afin de savoir si le blessé a conservé la double faculté d'entendre et de comprendre, nous l'invitons à nous montrer la langue; il le fait presque sans hésitation. Il essuie ses joues à mesure que l'eau dégoutte du front.

» Ayant ensuite soulevé avec précaution les bandages qui recouvrent la tête, nous constatons, un peu à droite de la ligne médiane du front, une masse noirâtre du volume d'une noix, aplatie, formée de sang coagulé et de substance cérébrale; cette masse fait hernie à travers l'os frontal, qui est brisé.

» Tout autour de cette ouverture, à la distance d'un centimètre environ, se voient de petites dépressions noires, de forme oblongue.

» De ces faits et observations nous déduisons les conclusions suivantes :

» 1° La blessure ci-dessus décrite a été déterminée par l'action d'une arme à feu.

» 2° Les désordres que cette lésion a produits dans un des principaux organes, l'encéphale, sont si graves qu'ils doivent nécessairement amener la mort. »

Celle-ci eut lieu à onze heures de la nuit, c'est-à-dire vingt-trois heures après la catastrophe. Danos n'avait pas repris la parole, mais, par ses gestes, il n'avait cessé de prodiguer des marques d'affection à ses parents.

L'autopsie fut pratiquée par moi, assisté de M. Bouisson, le lendemain, à 2 heures de relevée. Voici les parties essentielles de mon procès-verbal :

« Sur la ligne médiane du front existe une plaie à bords fortement contus, noircis; elle a plus de 4 centimètres de diamètre, et donne issue à une masse noirâtre du volume d'une noix, et formée d'un mélange de substance cérébrale et de sang coagulé. Nous découvrons dans cette masse un certain nombre de grains de plomb du n° 8, pour la plupart complétement aplatis, et en partie irrégulièrement contournés.

» Le front est couvert d'un grand nombre de taches noires, rondes ou oblongues, dont quelques-unes ne sont que de simples dépressions de la peau, tandis que d'autres sont de véritables trous.

» Ayant disséqué et enlevé le cuir chevelu dans toute son étendue, nous trouvons : (*a*) Beaucoup de grains de plomb comme incrustés dans le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'au sommet de la tête, ainsi que dans la direction opposée, jusque sur l'arcade orbitaire du côté droit;

» (*b*) Un épanchement considérable de sang coagulé dans le tissu cellulaire qui unit le cuir chevelu au crâne, sur la moitié gauche de la tête, et plus encore près de la région occipitale.

» Au niveau de la plaie des parties molles que nous venons de décrire, l'os frontal présente une solution de continuité, longue de 4 centimètres 1/2, large de près de 2 centimètres dans les deux tiers supérieurs de sa hauteur, plus étroite ensuite, et se terminant en une fracture qui se dirige à gauche, longe l'arcade orbitaire

à 1-2 centimètres de distance, et contourne toute la partie latérale gauche de la tête jusqu'à la protubérance externe de l'os occipital, où elle s'arrête.

» A droite, la fracture se dirige en bas jusque dans l'orbite.

» Du milieu de la fracture transversale part, en décrivant un demi-cercle, une autre fracture jusque vers le point le plus élevé de la grande plaie qu'elle rejoint.

» Après avoir enlevé le crâne, nous constatons que les deux tiers inférieurs de l'hémisphère droit du cerveau sont comme broyés et transformés en une masse presque informe, où l'on ne reconnaît plus que très-imparfaitement la structure de l'encéphale; cette masse est entremêlée de caillots sanguins.

» Cet état pathologique s'étend jusqu'à l'extrémité postérieure du ventricule; sur ce dernier point nous retrouvons la bourre en feutre (bourre ordinaire des chasseurs) et une grande quantité de grains de plomb. Il existe beaucoup de ces grains dans toute la substance cérébrale ramollie dont nous venons de parler; la plupart en sont aplatis, d'autres ont conservé leur forme ronde. Quelques très-petits fragments de la bourre avaient été trouvés dans la masse qui faisait hernie audevant de l'os frontal et derrière celui-ci.

» Le tiers supérieur de l'hémisphère cérébral droit offre une teinte jaunâtre très-prononcée; mais il a conservé la structure normale de ses circonvolutions, etc.

» L'hémisphère gauche est intact, à l'exception d'une couche de sang coagulé qui est étendue à sa surface.

» Le côté gauche du cou est le siége d'un emphysème

très-considérable, qui descend jusqu'au tiers supérieur du thorax du même côté.

» Nous avons examiné la casquette de Danos. La visière en est faite d'un gros drap gris, doublé d'une feuille de carton bleu et d'une toile vernie. La bande circulaire, appelée *la passe,* est doublée de cuir. La visière est, dans son centre, percée de deux trous, dont l'un, supérieur, s'étend jusqu'au milieu de cette bande, et peut aisément recevoir les extrémités de deux doigts, et dont l'autre, inférieur, a des dimensions moindres de moitié. Autour de ces trous, ainsi que sur la partie de la calotte qui surmonte la passe, se remarquent d'assez nombreuses déchirures, faites par des grains de plomb qui y sont encore logés.

» Nous avons recueilli et conservé tous les grains de plomb retrouvés par nous dans les tissus; l'ensemble en forme ce qu'on appelle *une petite charge* ordinaire, abstraction faite du plomb qui a dû se disperser avant d'avoir atteint la tête de la victime.

» Le fusil à deux coups qui nous a été représenté comme ayant été l'instrument de mort, est d'un calibre très-fort. L'ouverture de chaque canon a 2 centimètres de diamètre. La longueur totale de l'arme est de 1 mètre 27 centimètres. »

Fait à Bordeaux, le 17 octobre 1859.

(La suite au prochain numéro.)

BIBLIOGRAPHIE ET CRITIQUE.

Éléments de Zoologie médicale, par M. Moquin-Tandon, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-12. J.-B. Baillière et fils. Paris.

Remarques critiques sur la classification de l'homme en histoire naturelle, et sur l'unité de l'espèce humaine.

Qui ne connaît M. Moquin-Tandon? le professeur et l'artiste, le naturaliste et le littérateur, le savant et l'homme étincelant d'esprit; celui qui a su conquérir les Facultés et les Académies par l'importance de ses travaux, et séduire les gens du monde par leur opportunité? C'est pour la première fois qu'il jette un livre du haut de sa chaire; un pareil livre mérite donc à tous les titres la sérieuse attention des hommes de science.

Sauf les généralités relatives à l'anthropologie, l'ordre dans lequel les matières sont présentées me semble excellent. Voulant offrir aux médecins et aux pharmaciens, sous la forme la plus concise, les faits particuliers qui les intéressent dans la zoologie générale, l'auteur s'est bien gardé de parcourir l'immense réseau de la zoologie en suivant la classification par *embranchement, classe, ordre, famille, tribu, genre* et *espèces*. La division qu'il a adoptée, ainsi qu'il le dit lui-même, pratique plutôt que véritablement scientifique, est tirée du caractère et du but de la zoologie médicale, et ne détourne pas le lecteur dans des détails étrangers à ses études spéciales.

La première partie, consacrée à l'histoire naturelle de l'homme et au sujet de laquelle je fais quelques réserves, est divisée en six livres :

1° *Caractères de l'homme.*

2° *Description abrégée de l'homme.*

3° *Des hommes prétendus sauvages.*

4° *De l'unité de la race humaine.*

5° *Des races humaines.*

6° *Du règne humain.*

La deuxième partie, beaucoup plus étendue, et comprenant la zoologie médicale proprement dite, est divisée en sept livres :

1° *Organisation des animaux.*

2° *Classification des animaux.*

3° *Des animaux ou produits animaux employés en médecine.* Ce troisième livre est subdivisé en quatre sections : animaux ou produits animaux anciennement employés en médecine, aujourd'hui abandonnés ; — animaux ou produits animaux rarement employés en médecine ; — animaux ou produits animaux habituellement employés en médecine ; — produits animaux d'un emploi accessoire en médecine.

4° *Des animaux nuisibles non venimeux et non parasites.* Deux sections : animaux nuisibles pendant leur vie ; — animaux nuisibles comme aliments.

5° *Des animaux venimeux ou toxicozoaires.*

6° *Des animaux parasites exterieurs ou épizoaires.* Deux sections : vivant sur la peau, — vivant dans la peau.

7° *Des animaux parasites intérieurs ou entozoaires.* Quatre sections : entozoaires insectes ; — entozoaires crustacés ; — entozoaires vers ou helminthes ; — entozoaires infusoires.

Des gravures sur bois, intercallées dans le texte au nombre de cent vingt-deux, pour la plupart originales et exécutées avec le plus grand soin, augmentent l'intérêt des descriptions. Les détails les plus curieux de l'anatomie et des mœurs des animaux sont présentés avec cette netteté facile et cette concision pénétrante qui sont le mérite particulier et comme le cachet de M. Moquin-Tandon, et qui mettent dans leur jour le plus séduisant les connaissances qu'il entreprend de vulgariser.

La part faite à des éloges si bien mérités, qu'il me soit permis de me souvenir que je tiens la plume du critique. M. Moquin-Tandon adopte les idées d'une école moderne qui sépare absolument l'homme des animaux, et le considère comme formant une des grandes divisions de la nature. Cette école divise l'histoire naturelle en quatre règnes : le *règne humain*, le *règne animal*, le *règne végétal* et le *règne minéral*.

La haute autorité de M. Geoffroy Saint-Hilaire a sanctionné cette réforme toute moderne de la classification des êtres. Voici en quels termes il en déduit les motifs :

« La plante vit, l'animal vit et sent, l'homme vit, sent et pense. La vie est *simple* dans le premier règne, *double* dans le second, et *triple* dans le troisième... Il peut y avoir, il y a des degrés dans le développement des facultés vitales, sensitives, intellectuelles; il n'y a pas de milieu entre vivre et ne pas vivre, sentir et ne pas sentir, penser et ne pas penser. »

Cette classification me paraît soulever plusieurs objections sérieuses; je demande la permission de les exposer en peu de mots : 1° elle est fondée sur un seul caractère, par conséquent elle est systématique et contraire à la méthode naturelle; 2° elle repose sur un empiétement de l'histoire naturelle dans le domaine de la métaphysique; 3° elle est stérile au point de vue du but de toute classification, qui est de favoriser l'étude des détails en admettant les généralisations les plus étendues sur les objets qui ont entre eux les analogies les plus nombreuses.

§ I. — La gloire de F. Bacon a consisté dans la restauration des sciences naturelles; c'est lui qui, le premier, a montré l'usage de l'induction légitime qui découvre les lois de la nature en se fondant sur le plus grand nombre possible de comparaisons et d'exclusions. Bernard de Jussieu s'est illustré lorsque, dans la distribution des plantes du

jardin de Trianon (en 1758), il substitua au système de Linné, basé sur un seul caractère, une méthode naturelle basée sur l'ensemble des rapports. M. Moquin-Tandon ne professe-t-il pas cela?

Or, depuis les illustres régénérateurs des sciences que je viens de citer, les classifications systématiques, fondées sur un seul caractère, ont partout fait place aux classifications méthodiques fondées sur l'ensemble des rapports, et c'est par un ensemble de caractères que les règnes aussi bien que les embranchements, les classes, les ordres et les familles, ont différé entre eux. C'est donc par un retour à des procédés scientifiques justement condamnés et abandonnés, qu'on essaie de baser une classification sur un caractère unique, quelle qu'en soit d'ailleurs la noblesse et l'importance.

Je m'empresse de protester contre l'accusation de matérialisme que j'entends déjà fulminer contre moi. Je reconnais que l'intelligence humaine possède sur l'intelligence des bêtes, par l'attribut de la pensée, une supériorité *incommensurable;* que l'intelligence humaine est d'une nature différente; qu'elle est divine; qu'elle influe même à un certain degré sur l'exercice des fonctions; mais le développement extrême d'une faculté, le don d'une faculté particulière, ne peut servir à fonder une classification naturelle, pour cette seule raison que c'est un caractère unique.

§ II. — L'histoire naturelle s'occupe d'objets matériels; elle étudie les diverses parties de chacun des *corps* existant à la surface et dans l'intérieur de la terre; mais elle ne s'occupe pas de psycologie; elle se garde d'empiéter sur la métaphysique, et les faits immatériels qui sont étrangers à son essence ne sont point de nature à figurer dans ses classifications.

J'admettrais volontiers, avec M. Moquin-Tandon, que « les excès de l'organicisme sont plus à craindre que les

excès du vitalisme » (p. 23); mais, à mon avis, la voie la plus sûre est celle de la simple vérité; ce n'est pas en préconisant les excès d'une doctrine qu'on éloignera la jeunesse de la doctrine opposée : la politique de bascule n'a rien à faire dans l'enseignement scientifique, et je maintiens que, sous peine de s'exposer à toutes sortes de pétitions de principes, on doit se garder d'introduire la métaphysique dans l'histoire naturelle.

Si la supériorité intellectuelle de l'homme motive la formation d'un *règne humain,* la logique ordonnera de ne pas renoncer à toute considération relative à l'intelligence dans le reste de la classification des animaux. Je demanderai la création d'une famille pour les animaux qui se montrent susceptibles d'éducation et qui obéissent à l'homme. Cette famille comprendra le chien, l'éléphant, le cheval, le bœuf, l'âne, le chameau, le faucon, etc. Une autre famille comprendra les animaux sociaux et industrieux : le castor, l'abeille, la fourmi ; puis nous aurons les industrieux solitaires : les araignées, les fourmilions, etc., et enfin les stupides au bas de l'échelle; car « tous les autres caractères sont purement matériels. Il en est d'un ordre bien supérieur qui mettent une distance à jamais *incommensurable*, » (P. 2.), entre l'animal susceptible d'aimer et de servir l'homme ou d'agir de concert avec son semblable, et celui que la nature a confiné dans la solitaire et fatale exécution de ses fonctions d'assimilation, de désassimilation, etc. Si l'homme se classe dans un autre règne que le chien, j'accorde au chien le droit de reléguer l'huître dans un règne inférieur.

Je sais que je touche à des questions que tout le monde ne discute pas de sang froid; mais, je le répète aux spiritualistes : je fais cause commune avec eux : je crois que l'intelligence et la matière sont distinctes; qu'ils ne me fassent donc pas de procès de tendance; je me borne à deman-

der qu'on n'introduise pas la métaphysique dans les questions de classification et d'organographie; rien de plus, rien de moins. Assurément, les sciences ne se délimitent pas d'une manière absolue, et je sais bien qu'elles s'éclairent réciproquement; mais elles ne doivent pas s'envahir les unes les autres et s'enchevêtrer.

Laissons, comme faisait Cuvier, laissons les métaphysiciens analyser, s'ils le peuvent, les attributs merveilleux de l'intelligence humaine; laissons-les disputer sur le principe vital *simple*, ou *double*, ou *triple;* c'est à eux qu'il appartient de creuser l'abîme qui sépare l'homme libre qui pense et se connaît, de l'animal soumis au joug des organes et qui s'ignore lui-même; et comme Cuvier, nous continuerons, d'après l'examen anatomique des organes, à classer « le terme supérieur et définitif de la création » parmi les animaux, parmi les animaux vertébrés, et même parmi les animaux vertébrés mammifères.

§ III. — Si l'homme est tellement différent des animaux qu'il soit nécessaire de le classer dans un *règne* nouveau, ni les définitions, ni les déductions, ni les comparaisons reconnues propres aux animaux ne lui sont plus applicables. Alors l'anthropologie ne peut pas plus s'éclairer par la zoologie que celle-ci par la phytologie; logiquement, il faut renoncer pour l'homme à l'anatomie comparée. Il faut faire, j'allais dire il faut inventer une étude générale des organes de l'homme qui ne s'applique pas à l'étude générale des organes des animaux. Le croirait-on? C'est à cela que M. Moquin-Tandon s'est laissé entraîner; il a subi l'inexorable logique d'une classification qui s'impose la tâche impossible d'effacer les analogies les plus frappantes, afin d'inscrire l'homme dans un règne et les animaux dans un autre. Il fait une description abrégée de l'homme, dans laquelle il omet toutes les notions d'anatomie générale, et celles-ci, qui auraient dû précéder à cause de leur généralité même, sont rejetées

vingt pages plus loin, au chapitre de l'organisation des animaux; c'est là qu'on apprend ce qui est relatif à la *vie* proprement dite, aux *parents*, aux *germes*, aux *âges*, à la *mort*, à la *composition du sang*, aux *tissus*, aux *organes* et aux *fonctions de nutrition*, *de reproduction* et *de relation*, toutes choses apparemment qui, ne s'appliquant pas au *règne humain*, ne sauraient en éclairer l'histoire.

Je suppose que de tout temps la métaphysique a prédominé dans les classifications d'histoire naturelle, et que l'homme, en raison du caractère très-saillant, mais unique, tiré de son intelligence, a toujours été classé dans un autre règne que le chien et l'éléphant, à une distance *incommensurable* de tous les animaux; puis, de nos jours, un naturaliste survient qui invente l'anatomie comparée; il a le bonheur de découvrir les analogies organiques qui rapprochent l'homme des animaux; il s'élève jusqu'aux considérations d'ensemble, et il déroule tous les motifs qui doivent nous déterminer à classer l'homme parmi les animaux vertébrés [mammifères. Par quels applaudissements, par quelles acclamations seraient accueillis dans le monde savant des rapprochements si frappants de vérité! On dirait de cet homme ce qu'on a dit de Cuvier, que son génie a dévoilé les plans sublimes du Créateur de toutes choses. — *L'unité de l'espèce humaine* admise par M. Moquin-Tandon me paraît motiver une autre réclamation.

La masse générale des individus des diverses contrées, dit-il, présente quelques différences dans la forme de la tête, dans les caractères du visage, dans la stature du corps, dans les proportions des membres, dans la nature des cheveux, dans l'abondance de la barbe et dans la couleur de la peau. *Cependant, il n'existe qu'une seule espèce d'hommes*, et les peuples de tous les pays et de tous les temps proviennent d'*une souche commune*.

Ensuite, l'auteur énumère quelques-uns des naturalistes

qui ont admis plusieurs espèces d'hommes : Linné, Virey, Des Moulins, Bory-Saint-Vincent, et il termine avec une spirituelle bonhomie en disant : « On s'accorde assez généralement aujourd'hui à regarder l'espèce humaine comme unique, tous les individus qui la constituent pouvant se mêler indistinctement et produire des enfants aussi féconds que leurs père et mère. »

Je m'empresse de reconnaître que cette opinion est éminemment respectable et qu'elle est appuyée par des autorités imposantes. Cependant, je ne pense pas qu'il soit loisible à un naturaliste d'affirmer un fait de cet ordre sans même daigner faire allusion aux arguments qui tendent à l'infirmer. La science ne consiste pas à trancher les questions par des aphorismes, mais à les résoudre par des faits et des raisonnements. *Il n'existe qu'une seule espèce d'hommes,* j'y consens ; mais j'aurais su gré à l'auteur de vouloir bien m'instruire au moins des faits que des savants d'une incontestable valeur allèguent pour soutenir la thèse opposée. J'aurais voulu qu'il citât, par exemple, ne fût-ce que pour la réfuter, l'opinion nettement exposée par MM. Littré et Ch. Robin dans le nouveau Dictionnaire de Nysten. Cette opinion, la voici : « Il y a, en effet, autant de différences extérieures et internes entre les hommes dits caucasiques, nègres, jaunes et océaniens, qu'entre deux espèces quelconques de singes, etc., d'un même genre, tant anatomiquement que par rapport aux actes. Seulement, l'organisation cérébrale du genre entraînant dans tous un degré de sociabilité plus grand que chez les autres animaux, bien qu'elle diffère d'une espèce humaine à l'autre dans le mode de son évolution ou de sa perfectibilité, on a été conduit à croire à l'existence d'une seule espèce, modifiée par les milieux qu'elle habite au même titre que nos races d'animaux domestiques. Mais on sait d'ailleurs que les colorations les plus diverses de la peau s'observent sous des latitudes éga-

les; que les hommes, avec une même couleur, se rencontrent sous les latitudes les plus diverses; qu'en Amérique, on ne trouve pas de nègres, bien qu'elle offre tous les degrés possibles de latitude; que des hommes habitant depuis plusieurs siècles dans des climats différents de celui d'où ils sont originaires, n'ont pas changé de couleur et n'ont offert qu'une exagération de la teinte propre de l'épiderme des blancs, sans production d'un pigment, tel que celui des nègres ou des peaux-rouges; que les types tels qu'ils ont été signalés jadis se sont conservés jusqu'à présent avec les mêmes caractères; surtout enfin que les races domestiques ne sont obtenues qu'à l'aide des soins les plus assidus des hommes...; que l'on n'a ainsi que des oscillations autour du type de l'espèce, dont la race obtenue reprend aussitôt les caractères dès que cessent les soins de l'homme, tandis que les types humains se conservent où ils vivent... Ce sont : la tendance à la recherche absolue des causes premières, et divers préjugés religieux, qui ont fait admettre la dérivation de toutes les espèces d'*un couple unique*, et repousser les différents spécifiques des hommes, au lieu de les recevoir telles que l'observation les démontre. Mais il y a eu originairement autant d'espèces formées qu'on en voit aujourd'hui et qu'il y a de milieux plus spécialement habités par chacune d'elles; seulement, le mode de leur formation première est, pour les unes et les autres, aussi impossible à découvrir et à démontrer que celui de quelque espèce d'êtres que ce soit. » (V. *Diction. de Nysten*, 1858, p. 693.)

On voit que MM. Robin et Littré ne se bornent pas à affirmer la multiplicité des espèces humaines : ils déduisent leurs raisons. Je fais observer que la faculté de reproduction commune à tous les individus entre eux, qu'on est convenu de regarder comme le meilleur caractère de l'espèce, n'implique pas nécessairement la création d'*un couple*

unique. La difficulté reste entière pour la race ou la variété. Prétendre que tous les êtres qui peuvent se mêler indistinctement et produire des enfants aussi féconds que leurs père et mère proviennent nécessairement d'un seul couple primitif, c'est affirmer une hypothèse.

Je demandais tout à l'heure que l'histoire naturelle fût rigoureusement séparée de la métaphysique : je demande à présent qu'on la sépare absolument des dogmes religieux. La foi ne serait plus la foi, si elle n'imposait l'obligation de croire à des mystères. Pour le croyant, un fait scientifique en désaccord avec les dogmes religieux, ne sera jamais qu'un mystère de plus. La religion n'est pas intéressée à ce qu'on découvre la théorie des mystères ou des miracles; mais les sciences d'observation sont grandement intéressées à ce que des dogmes ne soient pas invoqués pour intercepter les faits qu'elles recueillent et pour interdire les déductions qu'elles en peuvent tirer. En somme, il faut bien reconnaître que si l'on avait pu constater une dégradation des teintes de la peau du blanc au noir, de degrés en degrés vers l'Équateur, ou si la peau des races noires avait montré quelque tendance à s'éclaircir après l'habitation séculaire des climats tempérés, l'unité du couple humain primitif serait devenue beaucoup plus probable pour les naturalistes, au point de vue rationnel, qu'elle ne l'est après les affirmations de tous les savants qui croient devoir collationner leurs observations ou celles d'autrui avec des versets de la Genèse.

Cette querelle de doctrine n'empêchera pas le livre de M. Moquin-Tandon de devenir classique; et ces pages de critique seront depuis longtemps oubliées, que l'ouvrage se trouvera dans toutes les mains; il serait recherché à cause du vif intérêt de curiosité qu'il excite, s'il n'était pas indispensable à tous ceux qui de près ou de loin s'occupent des sciences médicales.

J. Jeannel.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Des injections sous-cutanées dans le traitement des névralgies. — M. le Dr Courty, professeur à Montpellier, vient de publier, dans les numéros d'octobre et de novembre du *Montpellier médical*, un Mémoire intéressant sur ce sujet. Il a exposé, dans deux sections, deux catégories de faits d'injections sous-cutanées, faites, les unes avec une forte solution d'*hydrochlorate de morphine*, d'autres avec une solution de *sulfate d'atropine*.

Onze observations de la première catégorie comprennent six névralgies sciatiques, une névralgie cubitale, une brachiale, une intercostale, une frontale habituelle, une névralgie trifaciale. Dans presque tous ces cas, ou une guérison complète, ou une amélioration notable ont été obtenues par une ou plusieurs injections d'hydrochlorate de morphine, soit qu'on eût déjà employé quelques moyens restés inefficaces, ou qu'on n'eût encore rien tenté. — L'une des sciatiques, sous la dépendance d'une maladie interne, s'est dissipée en même temps que l'affection à laquelle elle était fixée. Deux cas de sciatiques, l'une à droite, l'autre à gauche, symptomatiques d'une affection rhumatismale, n'ont été que peu améliorées après trois ou quatre injections, et n'ont cédé, l'une qu'à un traitement général, l'autre qu'à l'emploi de l'émétique, des vésicatoires et des pilules de Méglin. — De deux de ces faits, il ressort la supériorité de la méthode des injections sous-cutanées sur la méthode endermique. Dans tous, il est à remarquer qu'il ne s'est pas produit d'accident de narcotisation qui pût inspirer une véritable inquiétude, et encore moins d'accidents locaux.

Les injections faites avec la seringue Pravaz étaient chacune de 6 à 30 gouttes d'une solution de 50 centigrammes d'hydrochlorate de morphine dans 10 grammes d'eau, c'est-à-dire de 1 à 5 centigrammes de ce sel.

En nous rappelant les accidents si graves qui ont accompagné les doses excessives du sel de morphine dans le traitement de M. Rougier, à Lyon, par la méthode endermique, nous ne pouvons que louer M. Courty de s'en être tenu au maximum de 5 centigrammes dans les faits qu'il présente.

Mais c'était surtout pour comparer aux faits antérieurs les résultats que l'on attribuait au *sulfate d'atropine* contre les névralgies, que le professeur de Montpellier a tenté l'usage de

ce dernier médicament, et ses observations sont, à ce point de vue, pleines d'intérêt.

Quatorze faits de névralgies diverses ont été traitées par les injections locales sous-cutanées de sulfate d'atropine, sur lesquelles *dix* ont été guéries d'une manière rapide et complète, *trois* ont été notablement améliorées, *deux* passagèrement, *une* a été suivie d'une amélioration bornée, mais passagère.

De ces quatorze névralgies, six ont paru *essentielles*; cinq rapidement guéries; une, amélioration bornée, mais soutenue; trois *rhumatismales*, guéries; une *traumatique*, guérie; deux *symptomatiques*, l'une d'une affection dartreuse, guérie, l'autre d'une hystérie, amélioration passagère; deux *sympathiques*, l'une de la menstruation, amélioration notable, mais passagère, l'autre d'une maladie interne. Remarquons que ces névralgies ont sévi principalement sur des femmes, douze sur quatorze.

Si l'on met à part une observation dans laquelle il a fallu pratiquer 74 piqûres, on trouve que 29 injections ont suffi dans les autres 13, ce qui constitue une moyenne de 2,23 par malade; mais on peut remarquer que cinq de ces malades n'ont eu qu'une injection, et trois seulement deux. — Toutefois, M. Courty fait observer que cette moyenne doit être regardée comme un peu faible, parce qu'il s'est attaché, dans l'intérêt de l'expérimentation, à faire le moins de piqûres possible, et qu'il serait utile, dans la pratique habituelle, de les multiplier un peu plus, soit pour n'élever progressivement les doses qu'avec une certaine lenteur, soit pour assurer par des injections pratiquées après la cessation de toute douleur, la solidité et la durée de la guérison.

La solution d'atropine était de 5 centigrammes par 5 grammes d'eau, et les injections de 6 à 8 gouttes, doses faibles; jusqu'à 20 gouttes d'une solution double, c'est-à-dire 10 centigrammes par 5 grammes d'eau. 20 gouttes de sa seringue pesaient 50 centigrammes. La dose d'atropine a donc été de 2 milligrammes au moins, d'un centigramme au plus.

Un point des plus importants à noter, c'est l'innocuité du remède. Il ne s'est produit dans ce traitement aucun accident, soit général, soit local; car les phénomènes généraux de narcotisation n'ont presque jamais exigé l'emploi des antidotes. Ceci est dû surtout à la modération des doses. Mais lorsque l'intoxication atropique a donné naissance à des phénomènes cérébraux qui ont paru devoir être combattus, on a constaté que l'opium, à la

dose de 0,025 de demi-heure en demi-heure, hâtait positivement le retour des fonctions à l'état normal, en neutralisant en quelque sorte les effets de la belladone sur le cerveau. Une ou deux pilules ont suffi pour cela. L'innocuité est prouvée, car non-seulement aucun malade n'a refusé de nouvelles piqûres, mais plusieurs en ont demandé pour achever la cure.

M. Courty a résumé son travail par des conclusions que nous croyons devoir reproduire :

« L'administration de la morphine et de l'atropine en injections locales hypodermiques a plus d'action sur les névralgies que par l'estomac ou par la méthode endermique.

» L'injection a plus d'action pratiquée sur le point douloureux, ou, au-dessus de lui, sur quelque partie accessible du tronc nerveux d'où émanent les branches qui sont le siége de la maladie.

» L'injection doit être non-seulement sous-cutanée, mais sous-aponévrotique, de manière à verser le liquide dans l'atmosphère celluleuse qui entoure le nerf aussi près que possible.

» Le nombre de guérisons obtenues par l'atropine est plus considérable que celui des guérisons obtenues par la morphine.

» Le siége et, jusqu'à un certain point, l'ancienneté des névralgies, ne paraissent pas exercer d'influence sur leur curabilité, non plus que le sexe et l'âge du malade; tandis que la nature de ces maladies et l'état général du malade influent sur la facilité et la promptitude de leur guérison. — Les névralgies essentielles, puis les rhumatismales, guérissent plus facilement que les névralgies sympathiques ou symptomatiques. — La débilitation du malade, un état diathésique ou cachectique, sont autant de causes de résistance à l'action de la méthode narcotique hypodermique.

» Lorsque la névralgie n'est pas guérie par les injections, elle éprouve du moins une modification locale immédiate qui apporte un grand soulagement au malade et permet de considérer ces topiques comme les meilleurs moyens palliatifs connus jusqu'à présent.

» L'action locale semble remplir le principal rôle; car, d'une part, la disparition de la douleur précède habituellement les symptômes de narcotisation générale, et, d'autre part, on a été obligé de poursuivre dans ses troncs particuliers, ou dans les branches où elle s'était réfugiée, la douleur attaquée primitivement dans les plexus ou dans les troncs.

» On peut donc admettre que la guérison de la névralgie dépend

surtout de l'action primitivement et principalement locale du narcotique sur le nerf douloureux, qui éprouve une sorte de stupéfaction plus ou moins prolongée, souvent durable, et propre à ramener dans sa vitalité l'expression normale de la fonction.

» Cette opération, pratiquée selon les règles de la méthode sous-cutanée, n'amène aucun accident local. — Les accidents généraux sont faciles à maîtriser par l'antagonisme de l'opium et de la belladone.

» Les doses du médicament, soit de morphine, soit d'atropine, sont variables selon les sujets. Il y en a qu'un milligramme d'atropine impressionne violemment; d'autres montrent une grande tolérance jusqu'à 3 centigrammes par jour. »

Les résultats énoncés dans le travail de M. Courty sont bien propres à encourager les praticiens à l'emploi des injections hypodermiques, surtout de sulfate d'atropine, contre les névralgies. C.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

Compte rendu de la première Assemblée générale, tenue à Paris les 30 et 31 octobre 1859.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE.

A deux heures, M. Rayer, président de l'Association générale, accompagné des membres de la Commission organisatrice, qui, aux termes de l'article 52 des statuts, remplit les fonctions attribuées au Conseil général, monte au fauteuil.

MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales agrégées à l'Association générale, les Membres du bureau de la Commission administrative de la Société centrale, sont introduits et prennent place sur les siéges qui leur sont réservés dans l'hémicycle, ainsi que plusieurs personnes distinguées qui ont bien voulu honorer cette réunion de leur présence.

MM. les membres de l'Association générale, parmi lesquels on remarque quelques confrères venus des départements, occupent en grand nombre l'élégant et spacieux amphithéâtre que M. le Directeur de l'Assistance publique a mis à la disposition de l'Association.

M. le Président ayant déclaré la séance ouverte, M. Amédée Latour, remplissant les fonctions de Secrétaire général, donne

lecture de l'arrêté de M. le Ministre de l'intérieur, en date du 31 août 1858, qui approuve les statuts de l'Association générale des médecins de France.

Il donne ensuite lecture du décret de l'Empereur, en date du 31 août 1858, qui nomme M. Rayer, membre de l'Institut, son médecin ordinaire, Président du Comité consultatif d'hygiène de France, Président de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.*

M. le Secrétaire général présente la liste nominative des Présidents et Délégués des Sociétés locales agrégées à l'Association générale, qui sont présents à l'Assemblée. Ils sont au nombre de 23. On remarque parmi eux M. le Dr Mabit, président de l'Association de la Gironde.

M. le Président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs et chers confrères,

» Quand, il y a maintenant dix-huit mois, obéissant à la généreuse initiative des médecins de la Gironde, je devins l'instrument d'une pensée que j'adoptai, mes meilleures espérances n'allaient pas jusqu'à se représenter ce qui est aujourd'hui devant mes yeux : une œuvre sérieusement commencée, une organisation établie, une propagation fructueuse, le concours et l'appui de tant d'hommes éminents, ici rassemblés. Pourtant, au fond, il faut plus nous en féliciter que nous en étonner ; les choses mûrissaient depuis longtemps. Qui ne connaît les efforts tentés, à diverses reprises, pour donner aux médecins disséminés quelque lien qui prolongeât la communauté de leur éducation, qui mît à profit cette première base et introduisît parmi eux l'association, la protection, et, ce qui en découle, un plus haut respect de soi-même ? Notre chance, à nous, a été de recueillir les fruits des efforts déjà faits et de ne pas rencontrer les défavorables circonstances qui avaient fait échouer les entreprises antérieures.

» Pour des hommes comme vous, Messieurs, dans la pleine maturité de la vie, de l'activité et de l'influence, il n'est pas de meilleure jouissance que de s'attacher à quelqu'une de ces créations où, l'intérêt personnel ne jouant aucun rôle, on aperçoit le bien public à la fois comme mobile et comme récompense.

» Ces mêmes conditions, qui concourent en faveur de notre Association, sont aussi celles qui, ayant permis de trouver et de grouper des hommes tout disposés à contribuer de leur temps

et de leurs lumières, ont fait que l'œuvre a véritablement commencé.

» C'est mon devoir, comme c'est ma bien vive satisfaction de le dire : tout émane de la Commission fondatrice ; à elle doit remonter tout remercîment. Sans le travail assidu de la Commission fondatrice, rien n'existerait de ce qui existe déjà.

» Des membres considérables de notre profession, chirurgiens ou médecins, un légiste renommé que la voix publique place entre les premiers des économistes distingués, l'habile et expérimenté directeur de l'Assistance publique, notre secrétaire général, qui s'est dévoué sans réserve et dont la main infatigable a été dans tout ce qui s'est fait au nom de l'Association et pour elle, ont tracé le plan, étudié les détails, disposé le mécanisme d'une œuvre qui, dépassant tout ce qui a été conçu jusqu'ici, a la prétention et l'espérance d'embrasser la France entière.

» La Commission fondatrice n'a pas entendu seulement donner plus d'extension aux Sociétés médicales de prévoyance et de secours mutuels, qui spontanément se sont établies en divers lieux ; elle n'a pas entendu créer, à Paris, un centre d'action qui, se substituant à tout, gouvernât tout. Mais un point décisif qui la préoccupait a été saisi : c'est qu'il fallait avoir, à la fois, des Sociétés particulières et une Société générale, les parties et le tout, combinant ainsi l'action locale, qui est plus sûre, et l'action commune, qui est plus haute.

» Les Associations locales emprunteront à l'Association générale une vitalité qui, antérieurement, leur a fait défaut. Quelques-unes ont duré et prospéré ; mais toutes n'ont pu se constituer, — tant l'existence commune est nécessaire à l'existence particulière !

» Ce qui avait été élaboré avec application et maturité dut se produire, et trouva devant les pouvoirs publics accueil et examen. M. Delangle, alors ministre de l'intérieur, la Commission supérieure d'encouragement et de surveillance des Sociétés de secours mutuels, son vice-président, M. Rouher, son rapporteur, M. de Melun, nous ont accordé l'appui le plus bienveillant. Ils n'ont rien vu dans nos projets et dans notre avenir qui ne fût digne d'être encouragé, et leur sage contrôle est devenu notre garantie.

» Enfin, quand il a fallu obtenir la sanction suprême, l'Empereur, qui porte sur les hommes et sur les choses un regard vigilant, ne nous a refusé ni son attention, ni sa protection, et,

en me nommant Président de l'Association générale des médecins de France, il a voulu confondre en un même objet ma reconnaissance envers lui et mes devoirs envers vous.

» Dès que la Commission fondatrice eut en main les sanctions nécessaires, elle usa du temps qui lui restait et du pouvoir qui lui appartenait pour avancer l'œuvre d'organisation : proposant au corps médical d'adhérer aux statuts qu'elle avait dressés; provoquant la formation de Sociétés locales; agrégeant celles qui se décidèrent; établissant la Société centrale, destinée à rallier les membres épars de la profession, et administrée par une Commission dont les deux Vice-Présidents représentent ce qu'il y a de plus élevé dans la médecine civile et dans la médecine militaire.

» Au milieu des travaux qui nous occupent et des espérances qui récompensent nos travaux, pourquoi faut-il que la mort soit venue, deux fois, nous attrister! Sans parler des affections privées et des amitiés confraternelles, qui ne ressent le regret de voir disparaître des hommes si justement et si universellement honorés, et qui ne veut donner à leur mémoire la place qu'ils tenaient tout à l'heure parmi nous? M. Bégin, esprit ferme, cœur généreux, chirurgien célèbre, chargé de services importants, revêtu de hautes fonctions, avait pris à cœur le succès de l'Association générale. Il est mort s'efforçant de fonder une société de prévoyance en Bretagne; ses efforts n'ont pas été perdus, et un de nos honorables collègues les a continués et menés à bien.

» M. Arthaud, d'abord praticien très-employé à Bordeaux, puis amoureux de la retraite et des loisirs studieux, n'était pas moins que M. Bégin au service des projets qui ont pour but d'associer les médecins de France, et les suffrages unanimes de ses confrères l'avaient désigné comme candidat à la présidence de la Société de prévoyance de la Gironde. Nos deux regrettables confrères étaient convaincus que si associer les médecins d'un département est bien, associer les médecins de la France entière est mieux; ils étaient convaincus que si l'Association générale est une plus certaine garantie d'assistance matérielle, elle est aussi une meilleure garantie d'assistance morale. Je l'ai déjà dit ailleurs : Association protége, mais Association oblige. A la longue, une grande autorité arrive à un grand corps, une grande autorité d'opinion, c'est-à-dire celle qui, ne disposant que d'une force toute morale, tend toujours à élever le niveau de l'honneur et de la considération.

» Vous, chers collègues, présidents et délégués des Sociétés

des départements, qui êtes venus de si loin et du milieu de vos occupations pour inaugurer l'Association générale et l'asseoir sur ses bases; votre présence, qui est une sanction, est aussi une récompense. Il n'y a rien qui provoque plus vivement la reconnaissance que de voir autour de soi tant et de si éminents confrères; rien qui provoque plus vivement l'espoir que de sentir des sympathies et un concours apportés de toutes les parties de la France.

» Les pouvoirs de la Commission fondatrice vont expirer. Vous la remercierez, je n'en doute pas, de son zèle et de son dévouement, et, je n'en doute pas non plus, vous donnerez à de bons commencements une bonne continuation. Une longue perspective est ouverte devant nous : étendre l'Association locale et la fortifier, relier les Sociétés à un centre, venir en aide aux moins riches par le moyen des plus riches, assurer partout secours et protection, et préparer les origines d'un corps qui prenne une puissance d'opinion et de morale sur les médecins pour les élever, sur le public pour élever la médecine. Tel est le but de nos efforts.

» Votre Président, vous le savez, et je n'ai pas besoin de le redire, vous est dévoué. En tout ceci, il n'a fait qu'obéir à des initiatives qui lui ont paru bienfaisantes et généreuses; y obéir jusqu'au bout est le seul désir qui l'anime, le seul mérite qu'il réclame. »

Plusieurs fois interrompue par les applaudissements, cette allocution, prononcée avec chaleur et fermeté, reçoit les témoignages unanimes de la vive satisfaction de l'assistance.

M. le Président donne la parole à M. Amédée Latour, qui s'exprime en ces termes :

« Messieurs,

» La Commission organisatrice de l'Association générale, dont j'ai l'honneur d'être l'organe, ne croit pas que, malgré ses efforts, la grande institution que nous inaugurons aujourd'hui soit suffisamment connue dans son but, assez appréciée dans ses résultats immédiats ou lointains, pour que son interprète puisse se borner à remplir strictement le devoir que lui impose l'article 20 des statuts, c'est-à-dire de vous exposer la situation morale et financière de notre œuvre.

» La Commission a pensé que cette première et solennelle Assemblée générale lui fournissait une occasion propice et opportune d'exposer toutes ses idées, toutes ses convictions, tou-

tes ses espérances; de faire connaître à côté des résultats obtenus les objections qui se sont produites, les réponses que l'on peut y faire, les résistances qu'elle a rencontrées et les motifs de persuasion par lesquels elle espère les vaincre.

I.

» Je voudrais, Messieurs, vous épargner un historique de l'Association générale; cependant, pour l'intelligence de ce que je dois avoir l'honneur de vous exposer, il faut que je raconte, aussi brièvement que je le pourrai, les principales scènes de ce drame professionnel dont le dénouement s'accomplit en ce moment.

» Avant de prendre une forme et un corps, l'idée de l'Association générale s'était fait jour dans quelques esprits. Moins qu'un projet arrêté, c'étaient de vagues aspirations, de lointaines espérances, quelques prévisions d'un avenir si éloigné, que ceux qui caressaient avec le plus d'amour ce rêve de leur cœur, n'auraient osé présenter ni un plan ni une formule.

» Pourquoi ces hésitations chez ces rêveurs de l'avenir? Si j'étais leur organe, je répondrais:

» C'est que le présent ne leur offrait pas des conditions suffisantes de succès; c'est que dans leur esprit un lien mystérieux, mais nécessaire, enchaîne les choses de la science aux choses de la profession; c'est que là où en science et en pratique on ne voit que divergence et antagonisme, on ne devait trouver dans la profession qu'isolement et individualisme; c'est que tout se commande dans la nature humaine; que la communauté dans les vues de l'esprit appelle et attire la sympathie des cœurs, et que les conditions inverses des esprits ne peuvent produire que des résultats inverses dans les cœurs; c'est que, dans nos mœurs médicales actuelles, il paraissait que les médecins étaient encore trop éloignés de toute idée de règle et de discipline, pour qu'ils acceptassent une institution professionnelle générale, uniforme et harmonique; c'est que la profession, livrée à l'âpre concurrence des intérêts et à sa dissociante influence, leur semblait peu disposée à faire bon accueil à des projets basés sur un sentiment de mutualité protectrice; c'est que ces projets devaient, selon leur avis, être préparés de longue main; que l'esprit d'association devait d'abord s'étendre et s'appliquer à de plus ou moins grandes agglomérations locales avant d'entreprendre la généralisation de l'œuvre; c'est qu'enfin, il leur paraissait plus facile, plus utile et plus pratique de suivre sur ce

point les vœux du Congrès médical de 1845, dont je serais coupable et ingrat de ne pas rappeler ici les vues, les tendances et les efforts, puisqu'en effet nous ne faisons que réaliser aujourd'hui une de ses grandes pensées, qui fut sa dernière.

» Eh bien ! Messieurs, ces rêveurs de l'avenir, ces timides penseurs avaient tort; j'avais tort moi-même, car j'étais du nombre.

II.

» Tout à coup, sans préparation, sans avertissement, un cri généreux partit de cette généreuse terre de la Gironde, d'où sont partis, en tout temps, de si nobles et de si courageux élans.

» A l'invitation de M. le docteur Jeannel, — et vous savez, Messieurs, avec quelle chaleur et quel talent, — un Comité d'honorables confrères s'était organisé à Bordeaux [1]. Ce Comité avait cru possible et immédiatement réalisable le projet d'étendre aux médecins de tous les départements l'institution si heureusement créée par Orfila pour les médecins de Paris, l'Association de la Seine devenant ainsi le centre de l'Association générale de tous les médecins de France.

» Le principe de ce projet, séduisant par sa simplicité, fut proposé à l'adhésion des docteurs en médecine de toute la France, qui, au nombre de 1,500 à 1,600, répondirent à cet appel.

» C'est dans ces circonstances que le Comité de Bordeaux, encouragé par ces nombreuses adhésions, adressa à l'Association de la Seine un projet étudié, en l'invitant à répondre favorablement à un vœu exprimé, — on peut le dire après avoir pris connaissance de la liste d'adhésions, — par l'élite du corps médical français.

» Ce vœu du corps médical, malgré de chaudes et honorables adhésions qui s'étaient rencontrées dans son sein, — et pouvait-il s'en rencontrer de plus intelligentes et de mieux intentionnées que celles de notre excellent confrère M. Cabanellas et de notre célèbre et bien aimé Ricord ! — ce vœu, dis-je, ne put pas être entendu par l'Association de la Seine. Je me sers à dessein de ces mots : *ne put*; ils rendent ma pensée tout entière, qui voudrait exprimer un regret, non un reproche.

» Mais fallait-il laisser s'éteindre ce mouvement véritablement remarquable, et auquel personne ne pouvait s'attendre, qui s'était produit dans la famille médicale? Était-il confraternel et

[1] Il était ainsi composé : MM. Froin (président), Cazenave, Piffon, Hericé, Ardusset, Dennecé, Levieux, Moussous, Reimonenq, Jeannel (secrétaire).

généreux d'étouffer dans le silence et l'inaction, ces vœux, ces aspirations de bienfaisance, de moralisation et de protection que le Comité de Bordeaux avait fait naître? La voie que ce Comité avait cru ouverte et facile étant fermée, n'en était-il pas d'autres où l'Association générale pût entrer et qu'elle pût parcourir?

III.

» Messieurs, le fruit des généreux efforts de nos confrères de Bordeaux ne devait pas être perdu. Un médecin éminent par la science, par la position, par le cœur, avait en silence, et non indifféremment, observé le mouvement qui venait de se produire dans la famille médicale. De son esprit pénétrant il en avait compris la grandeur; d'un regard ferme il avait envisagé les difficultés de l'entreprise; avec son tact prudent et pratique, il avait prévu et indiquait déjà les moyens de succès. Lorsque, dans une heureuse autant qu'habile inspiration, le Comité de Bordeaux invita M. Rayer à prendre dans ses puissantes mains l'œuvre que l'Association de la Seine croyait ne pouvoir retenir dans les siennes, alors que, dans l'opinion publique, la cause de l'Association générale semblait perdue, M. Rayer, confiant dans la famille médicale, ayant foi en la beauté et en l'utilité de l'œuvre, tout en mesurant avec une admirable justesse les obstacles qu'il allait rencontrer, M. Rayer accepta sans hésitation l'œuvre du Comité de Bordeaux.

» Ici, je me sens retenu par une recommandation formelle et pressante que je dois respecter. Il faut que je fasse le sacrifice de tout ce qu'un sentiment de gratitude profonde inspirerait à mon cœur et ferait naître dans les vôtres, en indiquant tout ce que m'a appris à connaître de bon, de bienfaisant et d'élevé, une fréquentation presque quotidienne avec l'illustre chef de l'Association générale; ce qu'il attend ou espère de notre institution; son dévouement, son activité, ses préoccupations, son souci de tous les instants, depuis dix-huit mois, pour le succès de l'œuvre; ses démarches, ses instances, son abandon de ses travaux les plus chers en faveur de l'institution nouvelle; ses inquiétudes quelquefois, mais aussi sa résolution ferme et constante d'aller jusqu'au bout, afin, si le succès venait à tromper ses espérances, de pouvoir s'écrier comme le poète :

Et si *de réussir* je n'obtiens pas le prix,
J'aurai du moins l'honneur de l'avoir entrepris.

IV.

» Le premier soin de M. Rayer fut de solliciter le concours d'une Commission nombreuse et imposante par les lumières et l'autorité de ses membres. C'est ainsi qu'il fit appel à des confrères éminents, à des jurisconsultes célèbres, à des économistes illustres, à des administrateurs haut placés. Son désir était aussi d'invoquer les précieuses lumières de quelques célébrités médicales de nos départements, les doyens des Facultés de Montpellier et de Strasbourg, les directeurs des principales Écoles préparatoires, les présidents des principales Associations déjà existantes; mais il fut retenu par un sentiment de discrétion. La Commission d'organisation allait entrer dans un ordre de travaux inconnus, imprévus, difficiles assurément, très-longs peut-être : de nombreuses séances et rapprochées les unes des autres allaient être nécessaires, et dès-lors comment oser demander à nos confrères des départements un sacrifice aussi considérable de déplacement, de séjour à Paris, de temps et de travail? Qui d'entre eux eût pu l'accepter? M. Rayer, qui n'a voulu rien tenter qui ne fût sérieux et possible, dut s'abstenir d'offrir une mission qui ne pouvait être remplie; le cœur et l'esprit de nos confrères des départements sont assurément trop élevés pour qu'ils eussent été sensibles au vain honneur d'un appel auquel ils ne pouvaient répondre.

» D'ailleurs, cette absence de nos confrères des départements ne pouvait avoir aucun inconvénient sérieux. Existerait-il, par hasard, quelque antagonisme entre Paris médical et la province médicale? Y a-t-il, dans les départements, des besoins scientifiques, moraux et professionnels, autres et différents de ceux de Paris? Les abus, les insuffisances, les illégalités, les désordres dont on se plaint à Lyon, à Strasbourg ou à Lille, n'en souffrons-nous pas au moins également à Paris? Ce serait donc bien à tort, sans motifs et sans justice, qu'on opposerait Paris aux départements. Au demeurant, ce que le promoteur de la Commission d'organisation, par discrétion, n'osa faire, les statuts l'ont réalisé : nos confrères des départements seront largement représentés dans le Conseil général qui doit être élu demain, car ils peuvent y entrer pour un tiers de ses membres, disposition à la fois de justice, de convenance et d'utilité.

» La Commission d'organisation étant constituée, elle se mit immédiatement à l'œuvre. Sa première séance eut lieu le 21 mars 1858, et le 23 août suivant, après dix longues séances,

elle adoptait par un vote d'ensemble le projet des statuts généraux qu'elle soumettait à l'approbation de M. le Ministre de l'intérieur.

» Le 31 août suivant, un arrêté de M. le Ministre de l'intérieur approuvait les statuts, et un décret de l'Empereur nommait notre illustre confrère, M. Rayer, président de l'Association générale.

» Après la circulaire si lucide adressée par M. le Président de l'Association aux médecins de France, il paraîtrait superflu de donner ici un commentaire de nos statuts. Aussi, telle n'est pas mon intention. Mais quelques critiques, — et je ne parle que des critiques bien intentionnées, sincères et ayant plus pour but l'amélioration de l'œuvre que celui d'entraver son développement, — quelques critiques, dis-je, ayant été faites de l'œuvre de la Commission, l'occasion se présente ici naturelle et opportune d'en examiner le fondement et la valeur. »

Ici, M. Améd. Latour repousse par d'excellents arguments, que le défaut d'espace nous empêche de reproduire, les objections qui ont été faites aux statuts de l'Association générale.

Ensuite il rend compte des efforts qui ont été faits par la Commission d'organisation pour déterminer la formation des Sociétés locales agrégées à l'Association générale ; ces Sociétés sont au nombre de 26, comprenant 1,237 associés.

Puis il expose l'état actuel de l'Association générale dans les départements où les Sociétés locales agrégées ne sont pas encore formées, et la situation de l'Association centrale ; cette dernière réunit déjà 320 sociétaires dont l'admission est prononcée ; elle est en présence de 1,014 adhérents disséminés dans les départements, à l'admission desquels elle procèdera dans un bref délai.

Quant à la situation financière de l'œuvre, les dépenses nécessitées jusqu'à ce jour par les publications diverses et les frais de distributions par la poste s'élèvent à la somme de 4,000 francs. L'honorable secrétaire général annonce à l'Assemblée qu'une main généreuse a discrètement payé ces dépenses, qui ont dû anticiper sur les recettes. C'est, en réalité, un don de 4,000 fr. que la Caisse reçoit de l'un de ses membres, qui n'est autre que M. Rayer.

M. Chaillaux, économe de l'Hôtel-Dieu de Paris, a bien voulu accepter les fonctions d'agent comptable.

Enfin, l'orateur osant devancer l'espace et le temps, et considérant notre œuvre comme perfectible et progressive, ainsi

que toute œuvre humaine, prédit en ces termes l'avenir qu'elle réalisera pour la famille médicale :

« Grâce à vous, qui êtes ses initiateurs et ses propagateurs, l'œuvre s'est assise sur des fondements solides. Peu à peu toutes les appréhensions se sont apaisées, les objections vaincues, les dissidences évanouies, les indifférences dissipées. Toutes les Associations se sont agrégées à l'Association générale, qui, riche, puissante, honorée, de plus en plus protégée par le Gouvernement, dispense l'assistance confraternelle sous ses formes les plus honorables et les plus dignes, donne à son but protecteur toute sa légitime extension, et ne parle plus que pour mémoire de son but moralisateur, complétement atteint par les progrès de l'œuvre. L'Association n'a plus besoin de demander la gracieuse hospitalité de l'assistance publique ; elle tient ses Assemblées générales chez elle, à son siége même, belle propriété de ses deniers acquise, où les vieillards, les infirmes, les invalides de notre profession trouvent les soins pieusement confraternels d'une bienfaisance ingénieuse. Dans nos lycées, les orphelins de la famille médicale, devenus les pupilles de l'Association, remportent les palmes universitaires. Les veuves, les enfants pleurent la mort du chef, mais l'Association adoucit leur douleur par des secours ou des pensions efficaces. L'Association a modifié, adouci les mœurs professionnelles ; par elle chacun a senti que la dignité de soi-même fait la dignité de tous ; par elle tout le monde a compris que, pour que la famille médicale fût une réalité, le respect pour tous ses membres était une condition aussi rigoureuse que dans la famille naturelle, parce que, comme elle, elle commande la mutualité des services et la solidarité des actes ; par elle, enfin, les médecins ont senti la puissance et le charme de cette douce et sainte chose, la confraternité, expression plus familiale encore que professionnelle, et qui, largement comprise, loyalement pratiquée, résume nos droits les plus imprescriptibles comme nos plus impérieux devoirs.

» Et que faut-il pour que ce rêve d'avenir devienne une réalité? La continuité de votre précieux concours, Messieurs, ce bel et noble exemple que vous lèguerez à vos successeurs ; car, dans son développement, l'Association générale doit donner toutes ces merveilles ; car c'est une œuvre féconde, et de cette œuvre, qui sera la vôtre, la Commission, dont les fonctions expirent avec ce discours, ne réclame que l'humble mérite d'en avoir déposé le germe dans vos cœurs généreux. »

Le soir, à dix heures et demie, un banquet offert par MM. les Présidents et Délégués des Sociétés locales, par la Commission organisatrice de l'Association générale et par la Commission administrative de la Société centrale, réunissait nos honorables confrères dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal. Cette fête, plus belle encore par une cordialité charmante que par l'élégance et le luxe du service qui ne laissaient rien à désirer, s'est prolongée très-avant dans la soirée. M. le Président a porté un toast aux Sociétés locales et à leurs dignes représentants. M. le docteur Mabit, président de la Société locale de la Gironde, a répondu en ces termes à M. le Président :

« Messieurs,

» La bienveillance de quelques confrères a pensé qu'il appar-
» tenait au représentant de la Gironde, à laquelle on a fait au-
» jourd'hui une si large part d'initiative, de remercier notre
» honorable Président de ses paroles sympathiques... J'accepte
» avec crainte et reconnaissance cet honneur, qui donne à la fois
» satisfaction à mes sentiments personnels, et, j'en suis sûr, à
» ceux de tous mes collègues.

» Permettez-moi, Messieurs, l'expression d'une pensée qui
» m'a poursuivi en écoutant le rapport d'une éloquence si vraie,
» si noble, si élevée de notre Secrétaire général. Quand les vents
» favorables enflent les voiles de notre fortune, hélas! il est
» rare que l'homme se retourne et s'arrête pour tendre une
» main secourable à ceux que les temps contraires poussent
» sur les brisants ou échouent sur la plage. Mais quand de tels
» hommes se rencontrent, quand, s'élevant au-dessus du triste
» égoïsme que donne parfois la sécurité, quand, prenant le rôle
» de la Providence, ils se souviennent que la gloire est aussi
» dans l'abnégation de soi au profit de tous, alors, Messieurs,
» de tels hommes grandissent leur mission au niveau de leur
» puissance, et ont droit au pardon si difficile des envieux, à la
» reconnaissance des gens de bien, au respect de tous.

» C'est à l'un de ces hommes, c'est à notre Président que je
» porte cette santé, à celui qui, pour me servir en terminant
» de ses belles paroles, n'entrevoit dans son œuvre que le bien
» public et comme mobile et comme récompense.

» A M. le Président Rayer! »

Ces belles paroles ont été chaleureusement accueillies, ainsi que plusieurs autres toasts portés à quelques membres de la

Commission organisatrice. M. Davenne, directeur de l'Assistance publique, M. Bethmont, dont les services ont été inappréciables, et qui a répondu avec une éloquence émue dont l'assistance gardera longtemps le souvenir.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE.

Après avoir entendu plusieurs Présidents et Délégués des Sociétés locales dans leurs communications et les observations qu'elles ont suggérées, l'Assemblée a procédé à l'élection du bureau et des vingt-cinq conseillers devant constituer pour cinq ans le conseil général de l'Association générale.

Le scrutin ouvert pour la nomination de quatre Vice-Présidents, a donné une majorité immense à MM. Andral, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine, etc.; — Cazeneuve, président de la Société locale du Nord, directeur de l'École de médecine, à Lille; — Cruveilhier, président de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine; — Mabit, président de la Société locale de la Gironde, professeur à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

Au moment où le scrutin va s'ouvrir pour l'élection du Secrétaire général, un membre propose d'élire M. Amédée Latour par acclamation, ce que l'Assemblée adopte à l'unanimité.

MM. T. Gallard, médecin des hôpitaux, et Léon Gros, docteur-médecin, sont également acclamés Vice-Secrétaires.

Le scrutin, ouvert de nouveau pour la nomination de 25 Conseillers, donne la majorité, et à quelques-uns l'unanimité, aux membres suivants :

MM. Bardinet, président de la Société locale de la Haute-Vienne, directeur de l'École de médecine de Limoges; — Cl. Bernard, membre de l'Institut, professeur au Collége de France, etc.; — Bertillon, docteur-médecin; — Bouillaud, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris; — Conneau, premier médecin de l'Empereur, membre associé libre de l'Académie impériale de médecine; — Denonvilliers, inspecteur général de l'instruction publique, professeur à l'École de médecine, etc.; — J. Guérin, membre de l'Académie impériale de médecine; — Houzelot, secrétaire de la Société locale de l'arrondissement de Meaux, chirurgien de l'hôpital; — Jeannel, secrétaire de la Société locale de la Gironde, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; — Jobert (de Lamballe), membre de l'Institut, professeur à la Faculté de médecine de Paris; — Larrey, membre du

Conseil des armées et de l'Académie impériale de médecine; — Laugier, membre de l'Académie impériale de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris; — Lejeune, président de la Société locale de Laon; — Lévy (Michel), membre du Conseil de santé des armées et de l'Académie impériale de médecine; — L'homme, président de la Société locale du Cher; — Mélier, inspecteur général des services de santé, membre de l'Académie impériale de médecine; — Michon, chirurgien de l'hôpital de la Pitié; — Pénard, président de la Société locale de Seine-et-Oise, ex-chirurgien en chef de l'hôpital de Versailles; — Ricord, membre de l'Académie impériale de médecine, chirurgien de l'hôpital du Midi; — Sanderet, président de la Société locale du Doubs, directeur de l'École de médecine de Besançon; — Ségalas, membre du Conseil général de la Seine et de l'Académie impériale de médecine; — Tardieu, membre de l'Académie impériale de médecine, médecin des hôpitaux; — Vastel, président de la Société locale du Calvados, directeur de l'École de médecine de Caen; — Vernois, médecin des hôpitaux, membre du Conseil de salubrité de la Seine; — Villermé, membre de l'Institut et de l'Académie impériale de médecine.

L'Assemblée générale se sépare après cette élection et après avoir reçu les vifs remercîments de M. le Président.

A l'issue de cette séance, le Conseil général nouvellement élu s'est réuni et a procédé à la nomination des membres du Conseil judiciaire et administratif de l'Association générale.

Ont été élus par acclamation :

MM. Andral fils, avocat à la Cour impériale; — Bethmont père, avocat, ancien président au Conseil d'État; — Bethmont fils, avocat à la Cour impériale; — Michel Chevallier, membre du Conseil d'État; — Davenne, directeur de l'Assistance publique; — Leplay, membre du Conseil d'État; — Littré, membre de l'Institut.

M. Chaillaux, économe de l'Hôtel-Dieu, a été nommé agent comptable de l'Association générale.

(Extrait de la Gazette médicale de Paris.)

CHRONIQUE.

La rentrée des Facultés et de l'École de Médecine a eu lieu le 15 novembre, à midi, dans l'amphithéâtre de la Faculté des Lettres, sous la présidence de M. le Recteur Dutrey, devant un auditoire d'élite. Mgr le Cardinal Donnet, Mgr l'Évêque de Bruges, M. le Préfet de la Gironde, M. le Maire de Bordeaux, M. le Gé-

néral commandant le département, et un grand nombre de notabilités, honoraient de leur présence cette solennité, qui avait été précédée d'une messe du Saint-Esprit, à laquelle avait assisté le corps académique.

M. le Recteur a fait connaître, dans un discours succinct où brillaient la rectitude et la fermeté de son esprit, les modifications à introduire dans cette séance d'apparat.

L'une d'elles consistait à borner les rapports des doyens à la pure statistique de chaque faculté, pour donner à un des professeurs la tâche de faire connaître son enseignement en inaugurant son cours dans ce jour solennel.

C'est à M. Dabas, professeur de littérature ancienne, qu'est échue, pour la première fois, cette épreuve. C'est dire avec quel bonheur il s'est acquitté de cette tâche. Sa parole brillante a captivé l'auditoire pendant près d'une heure. Professeur de littérature ancienne, il a pensé devoir exposer ses idées sur le génie des Grecs et des Romains, et il l'a fait avec une grâce qui lui a valu plus d'une fois de vifs applaudissements.

Ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est le compte rendu de l'École de Médecine, qui s'est borné cette année, comme celui des doyens des Facultés, à un rapport qu'on pourrait appeler purement administratif et qui n'en offre pas moins un certain intérêt. Ainsi, M. Gintrac a énoncé que l'École avait compté cette année 87 élèves régulièrement inscrits, et 8 ou 10 élèves bénévoles; qu'il avait été pris 286 inscriptions, 19 de plus que l'an passé. Et pourtant, une circonstance grave, a-t-il dit, est venue, vers le milieu de l'année, faire diversion au cours paisible des études. Un appel, parti du théâtre de la guerre, avait retenti jusque dans nos écoles, et avait excité parmi nos élèves une vive émotion. Plusieurs d'entre eux y répondirent avec empressement et furent admis dans les rangs de la chirurgie militaire.

Les études ont été assez fructueuses : sur 56 élèves interrogés dans la session du mois d'août, 46 ont eu leurs inscriptions validées, 6 avec la note *très-bien*. — Ce sont MM. Chatard, en troisième année; Lannelongue et Vizerie, en deuxième; Sentex, Delhomme et Ballias, en première. — Sur 8 examinés en novembre, 6 ont été admis.

La plupart des élèves de Bordeaux aspirent au doctorat; c'est ce qui explique la petite quantité des réceptions professionnelles. Six candidats seulement se sont présentés au mois de septembre pour obtenir le titre d'officier de santé. Il n'y a eu que

quatre admissions. Sur onze aspirants au titre de pharmacien de 2e classe, les réceptions se sont bornées à sept.

Nous avons vu avec satisfaction que M. le Ministre de l'Instruction publique a eu l'heureuse pensée de distribuer aux Écoles de Médecine les thèses de la Faculté de Médecine de Paris. Elles viendront compléter la collection que les professeurs de l'École ont acquise déjà.

On ne pouvait parler du personnel de l'École sans rappeler la distinction flatteuse dont M. le professeur Chaumet a été l'objet. On sait que, victime de son zèle scientifique, il a heureusement échappé au danger qui l'avait menacé. M. Gintrac a rappelé qu'au milieu des souffrances les plus accablantes, M. Chaumet a reçu la décoration de la Légion-d'Honneur, en même temps qu'il était l'objet du plus vif intérêt de la part de ses collègues, de ses nombreux amis, de la ville tout entière. « Ses longs et excellents services, a dit M. Gintrac, comme chirurgien militaire, comme chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André, et comme professeur de clinique externe, lui avaient créé des droits très-légitimes à cette récompense, dont un fatal accident a fait éclater la justice et l'opportunité. » .

M. le Directeur de l'École a rappelé aussi la nomination de M. Oré aux fonctions de chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André, à la suite de brillantes épreuves; celle de M. Mabit aux fonctions de président de l'Association médicale de la Gironde, et l'honneur plus grand encore que cet honorable membre a reçu d'être nommé, dans l'Assemblée générale, à Paris, l'un des quatre vice-présidents de l'Association générale des Médecins de France, à côté de MM. Andral, Cruveilhier et Cazeneuve, de Lille.

En mentionnant les publications faites pendant le courant de l'année par ses collègues, M. Gintrac a rappelé avec simplicité que le professeur de clinique interne avait fait paraître les 4e et 5e volumes de son *Cours de Pathologie interne*.

Il ne pouvait passer sous silence la visite officielle de M. l'Inspecteur général Denouvilliers. « Il ne nous appartient pas, dit M. Gintrac, de préjuger quelles impressions a emportées ce haut fonctionnaire. Toutefois, il a pu constater parmi nous l'unanimité, le concert des efforts dirigés vers le perfectionnement des études. Au nombre des modifications utiles qui nous furent alors annoncées, et qui vont être réalisées, nous devons mentionner l'établissement de conférences hebdomadaires. Substituées aux interrogations quotidiennes, ces conférences rappelleront, dans leur ensemble, les sujets récemment traités, et per-

mettront d'insister de nouveau sur les points qui n'auraient pas été suffisamment expliqués ou saisis. Elles auront pour résultat important de faire mieux juger de l'aptitude et de l'application des élèves, et d'en spécifier les degrés dans des notes inscrites avec soin. Ces notes entreront comme éléments essentiels dans la répartition des récompenses promises aux élèves les plus studieux. Nous aimons à penser, dit en terminant M. Gintrac, que les heureuses innovations opérées dans les conditions d'existence et les attributions des Écoles de médecine, ouvriront la voie à de nouveaux et utiles progrès. Nous accepterons avec gratitude toute décision, nous seconderons avec zèle et dévouement toute mesure ayant pour but d'assurer de plus en plus la prospérité de nos Écoles, c'est-à-dire la solidité et le succès de leur enseignement. »

— Après les discours a eu lieu la distribution des prix aux élèves de l'École de Médecine.

Les lauréats ont été appelés dans l'ordre suivant :

Anatomie et Pathologie externe.

1er *prix*... M. Sentex (Louis), de Saint-Sever (Landes).
2e *prix*... M. Vergely (Lucien), de la Havane.
Accessit... M. Lugeol (Juan), de la Havane.

Chimie et Pharmacie.

Prix.. ... M. Prat (Pierre), de Laurat (Ariége).
Accessit... M. Manan (Émile), de Damazan (Lot-et-Garonne).

— A la suite des divers concours qui ont eu lieu ces jours derniers à l'hôpital Saint-André, ont été nommés :

Premier interne : M. Duchêne.

Internes : MM. Gervais-Koysiewiez, Vizerie, Solles, Garrigat.

Internes adjoints : MM. Lannelongue, Sentex, Kort, Pauvert, Lugeol, Ballias, Vergely, Dejean.

— Dans le concours ouvert pour l'admission à l'École de Médecine militaire de Strasbourg, deux élèves de l'École de Bordeaux ont pris un rang honorable.

M. Chassaigne a été placé le deuxième sur 31 élèves de huit inscriptions, et M. Larret-Lamalignie le cinquième sur 43 élèves de quatre inscriptions.

— *La Société médico-pratique de Paris* met au concours la question : *De l'eczéma*. Les concurrents devront insister sur l'histoire, l'étiologie, et surtout sur le traitement de cette maladie, en s'appuyant sur des faits nombreux et bien observés.

Les mémoires écrits en français ou en latin doivent être adressés *franco*, et suivant les formes académiques usitées, à M. Martin, agent de la Société, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 31 décembre 1861.

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(Octobre 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE.			BAROMÈTRE.		DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
	Matin.	Midi.	Soir.	Matin.	Soir.			
				millimètr	millimètr			
1	14	26	16	764,5	765,5	Ouest	Beau.	Quelques nuages.
2	15	26	22	767	769	Est.	Beau.	*Idem.*
3	15	27,5	17	767	765	Est	Beau.	Le temps est lourd.
4	15	24,5	15	764	764	S-E	Beau.	Quelques nuages.
5	15	24	15,5	763	763	S-E.	Beau.	Il a plu la nuit.
6	13	22,5	15,5	760	759	S-E.	Beau.	Ciel nuageux.
7	14	21,5	16	759	759	S-E.	Beau.	Il a plu la nuit.
8	11	23,5	16	760	760	S-E.	Couv.	Le c. se dég. au m. du j.
9	15,5	22	16,5	760	758	S-O.	Couv.	*Idem.*
10	14	18	14	757	757	S-O.	Pluie.	Vent très fort.
11	14,5	21	16	756	757	S-O.	Pluie.	Fort or. et vent viol.
12	13,5	21,5	13	757	757	Sud.	Beau.	Ciel nuageux.
13	14,5	21	15	758	755	S-O.	Couv.	
14	15	24	14	756	756	S-O.	Couv.	Pluie et or. le s.
15	15	20	14,5	757	757	S-O.	Beau.	Ciel nuag. pl. le soir.
16	13,5	22	14	758	759	S-O.	Beau.	Ciel nuageux.
17	12	23	15	760	760	S-E.	Beau.	*Idem.*
18	15	24	13,5	759	758	S-O.	Beau.	Orag. lointain le soir.
19	12	16	1[illegible]	757	756	S-O.	Pluie.	Vent fort, pl. abond.
20	10	17	10	751	747	Ouest	Pluie.	Pluie constante.
21	10	12,5	11	746	748	Ouest	Pluie.	Pl. tr.-forte, vent viol.
22	9,5	18	12	757	755	N-O.	Beau.	Ciel nuag. m. de pl. le s.
23	9	13	10	756	755	N-O.	Pluie.	Forte pluie.
24	8,5	12	8	755	755	N-O.	Pluie.	Journée pluvieuse.
25	7,5	11	9	754	753	S-E.	Couv	Vent viol., f. pl. le s.
26	11,5	14	12	758	761	Ouest	Pluie.	Il a plu la nuit.
27	9	14	10	763	764,5	S-O.	Beau.	Ciel nuag., pl. lég. 3 h.
28	8	14,5	11	762	758	S-O.	Couv.	Un peu de pluie.
29	10,5	15	10	755	751	S-O.	Pluie.	Vent fort.
30	10	13	12	753	753	S-O.	Pluie.	*Idem.*
31	11	12	11	753	753	S-O.	Pluie.	Vent violent.

Résumé des observations météorologiques d'Octobre 1859.

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	15°5 le 9.	27°5 le 3.	22° le 2.
Moindre............	7°5 le 25.	11° le 25.	8° le 24.
Moyen..	12° les 17 et 19.	20° le 15.	13°5 le 18.

Chaleur du milieu du jour : 16 jours de 21° à 27°5 ; 5 jours de 16° à 20°. 10 jours de 11° à 15°.

BAROMÈTRE.

Maximum..................	769 mill. le 3.
Minimum..........	746 mill. le 21.
Medium....	758 mill. les 9 et 18.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES.	Nombreuses et fortes.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord........ » fois.

nord-ouest..	3	»
ouest...... ...	4	»
sud-ouest.. .	14	»
sud-est.	7	»
sud..........	1	»
nord-est.....	»	»
est...........	2	»

VENT DOMINANT : Sud-Ouest.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux.......... 14.
couverts...... 6.
pluie.. .... 11.
orage 2

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois d'octobre a été humide et pluvieux. Les vents qui ont soufflé principalement de l'ouest et souvent avec une grande force, ont produit des pluies abondantes. Cependant c'est dans la deuxième quinzaine qu'on a éprouvé les plus fortes pluies et de violents ouragans. Ces perturbations atmosphériques ont dû vivement réagir sur la colonne barométrique, qui a, en effet, éprouvé des variations brusques et de fortes dépressions. Malgré la forte ascension du 3, la moyenne est de 758 millimètres. La température qui avait été assez douce jusqu'au 18, a commencé à se refroidir et à donner des nuits fraîches qui sont les avant-coureurs de la saison rigoureuse qui approche.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

COMPTE RENDU

des maladies chirurgicales observées pendant l'année 1858, dans le service de M. le Dr DENUCÉ, *professeur-adjoint de Clinique externe.*

(*Suite et fin.*)

Affections inflammatoires des os. — Nous avons observé 2 cas de périostite syphilitique siégeant, l'un sur le tibia, l'autre sur le cubitus, et qui ont cédé à l'emploi de la médication spécifique, et 15 cas de carie scrofuleuse. Ces 15 cas se partagent de la manière suivante : carie du sternum, 1; des côtes, 1; des vertèbres dorsales, 1; des os du bassin, 1; des os de l'avant-bras, 2; d'un métacarpien, 1; du tibia, 5; des os du tarse, 1; des métacarpiens, 2. Sur ces 15 malades, 2 ont été soumis à une opération, 1 a guéri par l'emploi des injections iodées, 2 sont morts; les 10 autres sont sortis sans avoir obtenu aucune modification avantageuse de leur maladie.

Les deux malades opérés ont subi la résection du premier métatarsien. Chez un des malades, l'opération avait été pratiquée dans le courant de l'année 1857; il était resté un petit trajet fistuleux sur un point de la cicatrice, qui n'a complétement disparu que dans le courant de l'année 1858. Le second malade est un jeune homme de trente ans environ, frotteur, et qui est entré à l'hôpital avec un gonflement considérable du premier

métatarsien et du gros orteil droit. Ce gonflement s'accompagnait de trajets fistuleux. Une injection iodée a été poussée par l'un de ces trajets; elle a amené un surcroît d'inflammation. L'amputation du premier orteil et du métatarsien correspondant a été faite. L'opération a présenté cette particularité, que l'artère pédieuse entamée n'a pu être ni saisie ni liée; un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer a dû être appliqué sur le point d'où venait le sang, et a suffi pour réprimer l'hémorrhagie. Mais il en est résulté, comme conséquences de l'opération, une très-vive inflammation, qui a dû être combattue vigoureusement. Il est également resté à la suite de cette opération un trajet fistuleux qui a duré plusieurs mois et a fini par se tarir. Le cas de carie guéri par les injections iodées existait à la main, au niveau du premier métacarpien; il existait un trajet fistuleux, à travers lequel un stylet pénétrait jusqu'à l'os. Trois injections ont suffi pour amener la cicatrisation. Des deux malades morts, l'un, un homme, présentait une carie du sternum : un abcès froid s'était développé en avant du sternum, et après sept mois de durée s'était ouvert, laissant la peau décollée, amincie, et le sternum carié à nu. Ce malade a été pris d'une fièvre hectique et a succombé. La carie du sternum existait dans toute l'épaisseur de l'os; il y avait du pus dans le médiastin antérieur. L'autre, une femme, est morte d'une carie des os du bassin. De nombreux abcès, une grande douleur, une abondante suppuration, ont amené également un épuisement progressif, et la mort après trois années de souffrances atroces.

Nécroses. — Les 2 cas de nécrose siégeaient, l'un sur

le fémur d'une femme, l'autre sur le calcanéum d'un homme; l'existence d'un trajet fistileux, le choc du stylet contre une surface dure, attestaient la nature de la maladie. Les deux malades sont sortis avant que la portion d'os atteinte présentât de la mobilité.

Abcès par congestion. — 7 cas d'abcès par congestion ont passé dans le service, dont 5 dépendant d'une affection de la colonne vertébrale, 1 d'une affection du sternum, 1 d'une affection de l'os des îles. Des cinq premiers malades, deux avaient une petite tumeur au niveau du pli de l'aine; ils sont sortis du service sans avoir subi d'autre traitement que des cautères à la région dorsale et sans avoir éprouvé une grande amélioration. Les trois autres présentaient leur abcès dans la région dorsale. Trois ont été soumis aux injections iodées. Deux d'entre eux sont sortis au bout de quatre à cinq mois, ayant au lieu de leur tumeur un trajet fistuleux, mais sans accidents inflammatoires; le troisième, complétement guéri. Ce dernier est un jeune homme de trente ans environ, employé de préfecture dans un département voisin, et qui était venu se faire traiter à l'hôpital de Bordeaux dans une chambre de payants. La tumeur siégeait sur le côté droit de la colonne vertébrale, vers le milieu de la région dorsale. Elle était grosse comme un œuf et paraissait dépendre d'une altération osseuse des apophyses épineuses voisines, qui étaient très-douloureuses à la pression. Quatre ponctions et quatre injections ont été faites. Le liquide, d'abord purulent, est devenu de plus en plus séreux, et après la dernière injection, la résolution s'est faite naturellement. Les épines ont en même temps cessé d'être douloureuses.

J'ai donné, dans le Compte-rendu de l'année dernière, l'histoire de l'abcès par congestion survenu chez un homme à la suite d'une carie du sternum, traité une première fois avec succès par les injections iodées, et qui, ayant récidivé sept ou huit mois après, s'est terminé par la mort dans les premiers jours de l'année 1858. Enfin, un homme, venu dans le service avec un fort abcès de la hanche et un point douloureux de la crête des os des îles, a été également traité par les injections iodées. J'ai obtenu encore un résultat que l'on obtient très-souvent par ce procédé, quand les os sont profondément atteints : c'est la transformation d'un abcès volumineux, capable de s'enflammer et d'amener des accidents formidables, en un trajet fistuleux simple sans inflammation, compatible avec la plupart des fonctions. Sur cinq cas d'abcès par congestion traités par les congestions iodées, ce résultat a été obtenu trois fois, comme on vient de le voir; une fois la guérison a été complète, et date aujourd'hui de deux ans; une fois la guérison a été également obtenue, mais n'a duré que six mois sans récidive.

Fractures. — Le service a été riche cette année-ci en fractures. Nous n'en comptons pas moins de 57, savoir : du crâne, 3; du maxillaire supérieur, 1; du maxillaire inférieur, 1; des côtes, 3; du scapulum, 1; de la clavicule, 1; du bras, 2 (un homme et une femme); de l'avant-bras, 8 (cinq hommes et trois femmes); du radius, 7 (quatre hommes et trois femmes); des métacarpiens, 3 (deux hommes et une femme); des doigts, 4; du col du fémur, 2 (un homme et une femme); de la cuisse, 3 (deux hommes et une femme); de la rotule, 3;

de la jambe, 9; du péroné, 3 (deux hommes et une femme); des métatarsiens, 3 (deux hommes et une femme).

Passons successivement en revue les plus importantes de ces diverses espèces de fractures. Des trois fractures du crâne, il en est deux qui ont entraîné la mort. Un homme tombe d'un échafaudage de 10 mètres environ, la tête sur le pavé; il perd connaissance sur le coup, est transporté à l'hôpital et meurt. Quelques minutes après l'accident, il avait perdu une assez grande quantité de sang par les fosses nasales. A l'autopsie, on trouve un enfoncement considérable de la fosse frontale droite. Le fragment avait 2 centimètres de long sur 1 de large; il était oblique; une fissure partant d'un de ses angles, descendait sur la fosse orbitaire droite, la coupait en diagonale, attaquait la gouttière ethmoïdale, à sa partie postérieure le corps du sphénoïde, et aboutissait à la fosse cérébrale moyenne gauche. Le cerveau était fortement contus au niveau de l'enfoncement. Un épanchement de sang existait sous la dure-mère, au niveau des sinus coronaires et de la fosse cérébrale moyenne gauche.

Le second était un jeune homme de dix-huit ans, sur la tête duquel avait passé une charrette chargée. A son entrée à l'hôpital, on constate l'existence de deux plaies contuses : l'une au-dessus de l'oreille droite, l'autre au niveau de la bosse pariétale gauche; les os ne sont pas dénudés; un suintement séro-sanguinolent se fait par les deux oreilles. Le malade n'a plus de connaissance, tout son corps est dans un état de résolution presque complète. Vingt sangsues sont appliquées, deux par deux,

derrière les oreilles. Le lendemain, légère amélioration: la connaissance est revenue, le pouls est à 104; un lavement purgatif est administré. Le troisième jour survient du coma alternant avec une agitation passagère et des cris violents; la mort arrive le quatrième jour. A l'autopsie, on constate : 1° du côté gauche, une fracture avec enfoncement; le fragment, qui a 8 centimètres sur 5, se trouve obliquement étendu de la bosse pariétale à la ligne courbe supérieure. La hauteur de l'enfoncement est de 18 millimètres environ. La suture écailleuse est écartée; l'apophyse mastoïde fracturée avec entrebâillement jusqu'au conduit auditif interne, et le rocher brisé suivant son axe, depuis le trou auditif interne jusqu'au trou carotidien. 2° A droite, une fracture avec écartement des fragments s'étend de la fosse pariétale droite à la cavité glénoïde du temporal, et se continue également suivant l'axe du rocher. L'écoulement séro-sanguinolent qui avait eu lieu par les deux oreilles, avait permis de diagnostiquer la fracture des deux rochers avant l'ouverture cadavérique.

Le troisième cas de fracture du crâne était beaucoup plus simple. Un homme fait une chute sur la tête; il se manifeste des signes de commotion, un peu de sang sort par les fosses nasales; le lendemain, la commotion avait disparu, mais une ecchymose caractéristique des paupières et de la conjonctive droite attestaient la fracture de la voûte orbitaire. Le malade, du reste, a guéri sans incident notable.

Fracture du maxillaire supérieur. — Un voiturier reçoit un vigoureux coup de pied de cheval sur le côté droit de la figure. Une plaie transversale existe à deux

doigts au-dessous de l'œil; le doigt, introduit entre les lèvres de la plaie, constate une fracture comminutive de la paroi antérieure du sinus maxillaire, qui est comme broyée. Une vingtaine de fragments et esquilles sont retirés à l'aide de pinces et de ciseaux. Le sinus, après cette petite opération, est largement ouvert, et le doigt parvenu dans son intérieur, constate une fissure du plancher orbitaire; la voûte palatine était intacte. Les lèvres de la plaie ont été rapprochées. Le malade a guéri après quelques accidents inflammatoires, notamment un abcès survenu dans la région parotidienne.

Fracture du maxillaire inférieur. — Un jeune homme de vingt-quatre ans reçoit un coup violent occasionné par le manche d'une manivelle sur le côté gauche de la mâchoire; il en est résulté : 1° une double fracture de l'os, une fracture longitudinale du bord alvéolaire au niveau des trois premières molaires; les dents brisées et la portion d'os fracturée ont pu être enlevées; 2° une fracture verticale au niveau de l'intervalle de la canine et des molaires. Le fragment postérieur est soulevé par le masseter, l'antérieur abaissé par les muscles génio-hyoïdiens; il en résulte un peu de déplacement. Une plaie contuse existe à la peau, au niveau du bord libre de la mâchoire. Un gonflement inflammatoire considérable se produit autour du maxillaire, en dedans et en dehors de la bouche; il se forme même un abcès dans la région sub-inguale. Ces phénomènes empêchent pendant longtemps d'appliquer un appareil de contension. On se contente de maintenir les fragments à l'aide d'une fronde. Quand l'inflammation a cédé, l'appareil de M. Bouzelot est appliqué pendant une dizaine de jours.

La consolidation a eu lieu presque sans déformation..

Fracture des côtes. — Nous noterons l'observation suivante, qui peut donner une idée des désordres qui peuvent accompagner une chute d'un lieu élevé : Un homme de cinquante-huit ans, entré à l'hôpital pour y être traité d'un cancroïde de la joue, s'est précipité du premier étage de l'hôpital dans la cour, qui est pavée en gouttière sur les bords. Cet homme, ramené dans la salle presque mourant, témoignait d'une grande douleur dans le côté gauche, crachait le sang, et offrait une crépitation osseuse et emphysémateuse tout le long de la paroi thoracique gauche. Il n'a survécu qu'une demi-journée. A l'autopsie, on constate une fracture de toutes les côtes du côté gauche, sans exception; la fracture siégeait vers la partie moyenne de l'os ; la neuvième et la onzième côtes présentaient une seconde fracture vers le col de l'os. La clavicule du même côté était rompue, le sacrum broyé, et l'os des îles gauche divisé en quatre fragments. La tête et les membres étaient intacts. Le poumon gauche était gorgé de sang, sa surface déchirée en deux ou trois points, et la plèvre remplie d'un épanchement sanguin.

Parmi les autres fractures, nous ne noterons que celles qui présentent quelques particularités :

1° *Une fracture du scapulum,* survenue par choc direct, et dans laquelle la fêlure coupait l'os obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, partant de l'extrémité de l'épine et séparant la moitié inférieure de l'os.

2° Parmi les fractures de l'avant-bras, il en est une qui s'est présentée dans les conditions suivantes : Un homme a son avant-bras pris par un crochet aigu tiré

violemment à l'aide de poulies. Le crochet s'engage au-dessous du radius, brise l'os en plusieurs éclats, et déchire un énorme faisceau de muscles, dont les lambeaux viennent en grande partie faire saillie dans la plaie, avec les esquilles et les extrémités des fragments du radius. Deux esquilles sont enlevées, les lambeaux musculaires reséqués au ras de la plaie, et le membre soumis à une irrigation continue pendant quinze jours environ. Vers cette époque, les phénomènes inflammatoires étant conjurés et deux nouvelles esquilles s'étant détachées, le membre est placé dans un appareil amovo-inamovible. La plaie a persisté trois mois. Dans l'intervalle, elle a été prise de pourriture d'hôpital et traitée énergiquement par le fer rouge. Le malade a complétement guéri, et le membre a recouvré la plupart de ses fonctions, sauf un peu de gêne dans le mouvement de pronation et de supination.

Les deux *fractures du col du fémur* se sont produites sur des personnes âgées : soixante-douze, soixante-quatorze ans; elles sont survenues à la suite d'une chute sur le trochanter; elles avaient les caractères des fractures intra-capsulaires; elles ont été traitées par l'application d'un coussin volumineux sous le jarret, faisant double plan incliné. La consolidation a été obtenue, mais avec un raccourcissement notable.

Les trois *fractures de rotule,* observées sur des hommes, se sont toutes produites par effort musculaire, dans un mouvement violent du haut du corps pour éviter de tomber en arrière. Le traitement commun a été l'élévation exagérée du membre, combinée avec une sorte de chiastre inamovible. Dans les trois cas, la guérison a

été obtenue avec une très-faible séparation des fragments.

Enfin, parmi les *fractures de la jambe*, il en est trois qui ont offert quelques circonstances spéciales.

Dans un cas, le fragment supérieur, très-aigu, faisait saillie au-dessous de la peau. Malgré tous nos efforts, il ne put être complétement réduit. Il en résulta une ulcération, mais qui fort heureusement ne se produisit que le vingt-deuxième jour, alors que le cal était à peu près constitué. La portion d'os mise à nu s'exfolia sans autre accident.

Dans un deuxième cas analogue, la pointe du fragment supérieur avait percé le tégument au moment même de la fracture. La réduction put avoir lieu, et, malgré la pénétration de l'air dans le foyer de la fracture, il ne survint aucun accident ultérieur.

Dans le dernier cas, la fracture avait été produite par une pièce de vin tombant de tout son poids sur la jambe. La fracture siégeait à la partie supérieure du tibia; elle était comminutive; une large plaie communiquait avec la fracture. Un vaste épanchement de sang s'était fait dans les tissus environnants. L'amputation parut la seule ressource contre de tels désordres. Le malade s'y refusa le jour de son arrivée. Le lendemain, la fièvre devint très-forte; la jambe était tuméfiée, chaude, tendue; un double débridement fut pratiqué. Le troisième jour, le malade souffrait horriblement; la fièvre était violente; une crépitation gazeuse existait autour de la fracture, remontant le long de la saphène interne jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. Ce jour-là, le malade réclama l'amputation. L'amputation de la cuisse fut en effet pra-

tiquée, mais dans des conditions extrêmement défavorables. Le malade succomba deux jours après l'opération, après deux ou trois frissons. Il y avait du pus dans la veine saphène interne. Quant à la fracture, simple sur le péroné, elle était multiple sur le tibia. Le tibia paraissait fracturé en deux points, à 10 centimètres et à 4 centimètres environ du plateau du tibia. Le fragment intermédiaire était divisé longitudinalement en deux, ainsi que le fragment supérieur, ce qui faisait pénétrer la fracture jusque dans l'intérieur de l'articulation.

Affections articulaires. — Nous avons noté *3 hydarthroses* du genou, qui ont guéri par l'emploi de la méthode révulsive; *4 arthrites traumatiques*, dont 3 du genou et 1 du coude, qui ont été traitées heureusement par les antiphlogistiques et l'immobilisation; *3 cas d'arthrite rhumatismale chronique;* arthrite multiple dans deux cas, et monoarticulaire dans le troisième, tendant toutes à se changer en tumeurs blanches; *30 cas d'arthrite chronique sous la forme de tumeurs blanches,* qui se distribuent de la manière suivante : de la hanche, 3 (deux hommes et une femme); du genou, 14 (huit hommes et six femmes); du coude-pied, 3 (deux hommes et une femme); du pied, 2 (deux hommes); du coude, 2 (un homme et une femme); du poignet, 5 (cinq hommes); de la main, 1 (un homme); et sur ces 30 cas de tumeur blanche, 5 ont entraîné la mort, savoir : 2 tumeurs blanches de la hanche, après une abondante suppuration, des signes de tuberculisation et les symptômes de la fièvre hectique; 2 du genou, l'une par le fait d'une phthisie concomitante, l'autre à la suite d'un vaste épanchement de pus dans l'articula-

tion, et d'une ponction sous-cutanée; enfin, une tumeur blanche du poignet, déjà notée dans le Compte-rendu de l'année dernière, qui a nécessité l'amputation du bras et entraîné une infection purulente à laquelle le malade a succombé. Sur les 25 autres cas, 17 malades sont sortis de l'hôpital après un séjour de quelques semaines, sans modification notable de leur état; 8 sont sortis guéris ou en grande voie d'amélioration. Quand les symptômes sont peu développés, qu'il y a peu d'empâtement, que le symptôme dominant est la douleur, nous nous sommes très-bien trouvé de l'emploi de la pommade au nitrate d'argent (de 4 à 6 grammes sur 30). Trois tumeurs blanches du genou ont été considérablement améliorées par ce procédé. Quand il existe un empâtement assez prononcé, nous recourons aux raies de feu. Nous avons ainsi obtenu une amélioration marquée dans deux cas de tumeur du genou et un du coude-pied, et une guérison complète dans un cas du genou et un du coude-pied. Quand il existe de la suppuration, des trajets fistuleux, etc., les divers moyens que nous avons employés, raies de feu, cautères, vésicatoires, ponctions, injections iodées, ne nous ont que peu ou point réussi.

Entorses au nombre de 13, 9 du coude-pied et 4 du poignet. Toutes ont guéri par l'emploi des réfrigérants, des antiphlogistiques et des résolutifs, à l'exception de l'une des entorses du pied, qui, survenue sur un homme très-lymphatique, et mal soignée au début, s'est transformée en tumeur blanche.

Luxations. — Les luxations observées dans le service sont au nombre de 10 :

1° *Une luxation sous-acromiale de la clavicule*. Un

homme de trente-quatre ans, en jouant avec ses camarades, se heurte violemment le dessus de l'épaule droite contre le coin d'une table. Une vive douleur se fait sentir; les mouvements de l'épaule deviennent difficiles. Il entre à l'hôpital. Nous constatons une ecchymose du sommet de l'épaule, un peu de gonflement vers la région acromiale, une douleur vive quand on porte le doigt sur ce point. La clavicule est moins saillante que celle du côté opposé. Quand on passe sur elle avec le doigt, le malade éprouve de la douleur. En suivant du doigt le bord supérieur de l'os, on trouve que l'extrémité externe est sur un plan plus bas que l'acromion; le bord supérieur de celui-ci fait, au contraire, une vive saillie en forme d'arête. L'extrémité externe de la clavicule a manifestement passé au-dessous de l'acromion. Les mouvements du bras sont gênés, douloureux; celui d'élévation est presque impossible. Le coussin et le bandage de Desault pour la fracture de la clavicule, suffisent pour ramener les os dans des rapports à peu près normaux. Le malade est sorti, jouissant de tous les mouvements du bras; l'acromion fait seulement un peu plus de saillie que du côté opposé. Notons, en terminant, que cette luxation est assez rare. M. Malgaigne, dans son *Traité des Luxations*, n'en signale que trois exemples authentiques (p. 448).

2° *Trois luxations sous-coracoïdiennes de l'épaule.* L'une d'elles a offert cette particularité, que, soumise à des efforts de traction considérable, elle ne put être réduite. La traction par le moyen des mouffles fut renvoyée au lendemain. Un cataplasme fut appliqué sur l'articulation. Dans la nuit, un mouvement brusque du

malade se retournant dans son lit amena un craquement de l'articulation, et le déplacement se trouva réduit.

3° *Trois luxations du coude*. Toutes les trois en arrière, toutes les trois anciennes, toutes les trois observées sur des enfants. L'une d'entre elles, appartenant à un enfant de neuf ans, ne datait que de six semaines. Elle put être réduite assez facilement, à l'aide des mouffles.

La seconde, présentée par un enfant de dix ans, remontait à neuf semaines. L'articulation était déjà ankylosée, fixe dans l'extension, presque complète. Les tractions ne purent ramener les surfaces dans leur position exacte; je rompis alors énergiquement les liens fibreux qui unissaient les extrémités osseuses, par des mouvements forcés de flexion et d'extension. De nouvelles tractions ramenèrent les os dans une position plus normale : la déformation était diminuée et la flexion possible ; je fixai pendant quatre jours le membre dans la demi-flexion; puis, à partir de ce jour, j'imprimai soir et matin au membre des mouvements de flexion, d'extension, de pronation et de supination. Nul phénomène inflammatoire. Le malade a guéri, conservant à peu près les déformations de la luxation incomplète en arrière, mais jouissant presque complétement des mouvements de l'avant-bras sur le bras.

La troisième existait sur un enfant de douze ans. Elle datait de deux mois et demi. Le membre était également fixe dans l'extension. Les tractions, opérées une première fois avec énergie, n'amenèrent aucun déplacement dans les surfaces articulaires fixées dans leur fausse position.

Dans une seconde séance, vingt jours après, ne pouvant obtenir davantage, je m'attachai surtout à ramener, en rompant avec force et dans tous les sens les liens fibreux, le bras dans la flexion et à l'y maintenir. Il n'y eut aucun travail d'inflammation, et j'obtins même plus que je n'espérais. Non-seulement le membre, qui, fixé dans l'extension, était devenu à peu près inutile, a pu être ramené dans la flexion, mais une fausse articulation s'est établie, et les mouvements alternatifs de flexion et d'extension ont été en grande partie recouvrés. L'enfant, qui était apprenti maçon, a pu reprendre ses occupations, et se sert à peu près également bien de ses deux bras. Une déformation persiste seulement au niveau de l'articulation. De ces deux dernières observations, il est facile de tirer la conclusion, que dans les vieilles luxations du coude, quand le membre est ankylosé, alors même qu'on ne peut obtenir la réduction, on doit au moins s'attacher, par la rupture des liens fibreux qui fixent ces fragments dans leur nouvelle position, à rendre une certaine étendue de mouvements aux deux segments du membre, en substituant une fausse articulation à une ankylose.

4° *Une luxation de la deuxième phalange du médius et de l'annulaire sur la première, en avant.* — Une femme de quarante-quatre ans tombe du haut d'une échelle sur le trottoir, les mains en avant. Elle a perdu connaissance sur le coup. Transportée chez un pharmacien, elle revint à elle. On s'aperçut alors que la deuxième phalange du médius et la deuxième phalange de l'annulaire faisaient saillie par leur extrémité supérieure, à travers la peau, du côté de la face palmaire

de la main. Des efforts de réduction permirent de ramener les os de l'annulaire dans leur position. La malade fut amenée à l'hôpital. Je parvins également à faire la réduction des phalanges du médius. La main fut mise sous un appareil à irrigation continue; la plaie de l'annulaire a guéri avec une ankilose au niveau de l'articulation; les surfaces articulaires du médius, au contraire, se sont nécrosées; une inflammation violente s'est déclarée dans ce doigt, et a nécessité, à cause de la dénudation des os par le pus dans une grande étendue, l'amputation du doigt, qui a été faite avec succès.

5° *Une luxation de la cuisse, en haut et en dehors.* — La réduction a été très-simple.

6° *Une luxation du pied, en dehors.* — La malade avait fait une chute de sa hauteur; elle croyait s'être cassé le pied; une inflammation vive s'est déclarée, et la gangrène a envahi toute la jambe. Transportée à l'hôpital, il nous a été facile de reconnaître que le pied était complétement tourné sur son axe; de telle sorte que la surface supérieure de l'astragale était tournée en dehors sous la malléole externe, qui faisait une forte saillie au-dessus de laquelle la peau était sphacelée, mais non ulcérée; en dedans, la malléole interne était brisée. La réduction fut obtenue facilement; mais les accidents généraux étaient arrivés à un tel degré, que la mort survint le lendemain. — A l'autopsie, nous constatâmes la rupture complète des ligaments externes de l'articulation, avec arrachement de quelques portions osseuses de la malléole externe, la fracture de la malléole interne, et la très-grande facilité du pied à reprendre la position de la luxation que nous avions reconnue.

Anévrysme de l'artère radiale; compression digitale; guérison. — Un homme de trente-trois ans, maçon, revenant du travail, ses outils sur l'épaule, fait une chute; un de ses outils, une hache très-lourde, tombe, le tranchant en avant, sur la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras gauche, sur le trajet même de l'artère radiale. Le sang jaillit, le malade a une syncope. Au moment où il revient, assez longtemps après, à ce qu'il croit, il se trouve couvert de sang; il rentre chez lui et constate l'existence d'une plaie de deux centimètres environ, croisant obliquement l'artère radiale au niveau du pouls; le sang s'était arrêté. Un médecin appelé se contente de réunir les lèvres de la plaie avec une bandelette de diachylum. L'accident avait eu lieu le 17 septembre 1858. Le 21, la bandelette de diachylum est enlevée; le 26, il se déclare un peu d'irritation, de chaleur autour de la plaie; celle-ci se rouvre, et le sang s'échappe de nouveau par jet saccadé; un bandage compressif, au moyen d'une compresse graduée et d'une attelle placée sur le trajet de la radiale, est alors appliqué et conservé pendant trois semaines. Le 18 octobre, on enlève l'appareil; la cicatrice est très-nette; seulement, au niveau de la plaie, la peau paraît un peu soulevée. Cette élevure de la peau augmente les jours suivants; on constate des battements à son niveau. Le malade m'est adressé, le 4 novembre, par M. le D[r] Vitrac, de Libourne. Lors de son entrée dans le service, je constate, à la partie inférieure de la face antérieure du radius gauche, une tumeur oblongue, obliquement dirigée de haut en bas, et de dehors en dedans, sur le trajet de l'artère radiale, dont elle croise la direction;

son grand diamètre est de 43 centimètres; son diamètre transversal de 32; sa projection en avant de 2 environ. Elle est un peu bosselée; la peau qui la recouvre n'a pas sensiblement changé de couleur, excepté à sa partie supérieure, où elle est très-amincie et a pris une teinte bleuâtre. A la pression, la tumeur est restreinte; on y reconnaît de la fluctuation; elle offre des battements très-sensibles, un mouvement d'expansion très-appréciable et un bruit de souffle simple à l'auscultation. Quand on comprime l'artère humérale, les battements cessent absolument; quand on comprime la radiale au-dessus de la tumeur, les battements sont très-affaiblis, mais subsistent encore. La compression de la radiale, au-dessus et au-dessous de la tumeur, amène l'extinction complète des battements. Ce dernier fait nous a fourni l'indication principale pour instituer le traitement. Le malade a été soumis à la compression digitale; seulement, j'ai pensé que pour être efficace, la compression devait porter à la fois au-dessus et au-dessous de la tumeur. Douze élèves de l'École de Médecine ont bien voulu se charger de cette compression, en se relevant toutes les demi-heures, de telle sorte qu'elle fût continue. Le malade assis sur un fauteuil, le bras étendu sur une table et un coussin, l'aide chargé de la compression saisissait l'artère radiale au-dessus de la tumeur, avec les quatre doigts de la main droite, le pouce faisant opposition à la partie postérieure du bras, et de la même manière, au-dessous de la tumeur, avec la main gauche. La compression est commencée le 6 novembre, à dix heures du matin; elle est continuée sans interruption jusqu'à quatre heures du soir.

On constate à ce moment que la tumeur est un peu plus dure, que les mouvements d'expansion sont moins prononcés et les battements beaucoup plus faibles. La compression est reprise. A neuf heures, les battements sont complétement éteints; on continue néanmoins la compression jusqu'à minuit. A ce moment, on substitue à la compression digitale une compression mécanique, à l'aide d'un demi-bouchon de liége appliqué sur le trajet de la radiale et fixé au moyen d'une bande. Le 7 au matin, à sept heures, les pulsations ne sont pas revenues; on reprend néanmoins la compression digitale, qui est continuée jusqu'à quatre heures du soir. Quand on cesse la compression, on constate que la tumeur est devenue dure, excepté à sa partie supérieure, où la peau est très-amincie et où il reste de la fluctuation. Les battements, le souffle, etc., ont complétement cessé. Le même bandage compressif est appliqué pendant quelques jours. Il est remarquable que pendant la compression le malade n'a pas du tout souffert. Les suites ont été très-simples; les battements ne sont pas revenus; la tumeur a progressivement diminué de volume; la peau, amincie, qui menaçait de s'ouvrir, s'est raffermie; la fluctuation a disparu, et vers la fin de novembre, la guérison pouvait être considérée comme définitive : une petite tumeur dure remplaçait l'anévrysme; les battements de l'artère étaient très-sensibles au-dessus; très-faibles, presque imperceptibles au-dessous. J'ai suivi le malade pendant tout le mois de décembre; les résultats obtenus se sont confirmés. Je l'ai revu à la fin de septembre 1859 : il ne reste plus que la cicatrice de la plaie, un petit point dur, de la grosseur d'un petit pois, sur le trajet de l'artère. Les battements de la

partie inférieure de la radiale sont restés très-faibles. Je rapprocherai cette observation d'un fait analogue que j'ai publié dans le compte rendu de mon service en 1857. Il s'agissait d'un anévrysme de l'artère brachiale qui a guéri par la compression mécanique. Le malade, quė j'ai également revu dans le courant du mois de septembre 1858, a son bras dans un état parfait.

Phlébites. — Je renverrai à la fin de ce travail l'histoire des cas d'infection purulente qui se sont déclarés dans le service à la suite des opérations ou des grands traumatismes; trois cas de phlébite, suite de saignée, nous ont été envoyés de divers services : dans un cas, la mort est survenue à la suite d'un vaste phlegmon du bras, de nature gangréneuse; quant aux deux autres, la guérison a éte obtenue, malgré l'apparition d'un phlegmon diffus dans l'un, et d'abcès multiples autour du membre dans l'autre.

Varices. — Dans deux cas, j'ai tenté la cure radicale par l'emploi des injections coagulantes. Je ne reviendrai pas sur ces opérations, dont j'ai donné le résultat à propos des ulcères variqueux.

CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ.

Service de M. le professeur CHAUMET.

TROIS OBSERVATIONS DE FRACTURES COMPLIQUÉES

recueillies par M. DUCHÈNE, interne du service.

IIIe OBSERVATION.

Fracture comminutive de l'humérus droit à sa partie moyenne, avec issue des fragments; plaie contuse du poignet gauche; guérison.

Betot (Jacques), âgé de cinquante-cinq ans, céliba-

taire, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, charretier à La Bastide (Gironde), tombe, le 24 avril 1859, de sa charrette, chargée de quatre pièces d'eau-de-vie, et reste le bras engagé sous la roue. Immédiatement transporté à l'hôpital Saint-André, salle 18, n° 13, je fus appelé (comme interne de garde et attaché au service de la salle 18) à lui donner les premiers soins. — Je constate l'état suivant : mouvements anormaux, crépitation au niveau de la partie moyenne du bras droit, qui est raccourci; je reconnais la présence de plusieurs esquilles; une d'entre elles, très-volumineuse, a dilacéré les parties molles et produit une plaie irrégulière de 2 centimètres de longueur sur la face externe du bras; une autre plaie, de 5 à 6 centimètres d'étendue, siége à la partie interne du bras, sur le trajet de l'artère humérale, qui n'a point été lésée, comme on eût pu le croire à la grande quantité de sang qu'a perdu le malade. Le poignet et les doigts de la main droite présentent plusieurs plaies contuses sans gravité. — Au niveau de la face dorsale de l'articulation radio-carpienne gauche, existe encore une plaie contuse à peu près circulaire, de 5 centimètres de diamètre. Le malade vomit abondamment; il est extrêmement agité; on a de la peine à le contenir. — Potion composée de : eau de tilleul, 90 grammes; musc, 20 centigrammes. — Son bras est placé dans une gouttière coudée en fil de fer, garnie de ouate et de compresses imbriquées. On panse les plaies du bras avec des plumasseaux cératés; le tout est recouvert de compresses imbibées d'alcool camphré; la gouttière est solidement fixée au lit par des liens, de sorte que l'immobilité des parties est à peu

près complète; l'avant-bras et la main gauches sont placés sur une palette garnie de ouate. — Pansement simple de la plaie occupant la face dorsale de l'articulation radio-carpienne. — Cette plaie n'a présenté pour toute particularité qu'une cicatrisation tardive; elle a eu lieu au bout d'un mois. — Le lendemain, 25 avril, M. Chaumet approuve ce que j'ai fait, et l'appareil reste appliqué jusqu'au 28. Pendant trois jours, le malade a été assez tranquille; il n'a pas souffert de son bras.

Le 28, M. Chaumet fait un nouveau pansement en tout semblable au premier; déjà la suppuration commence à s'établir dans les plaies; le malade a un peu de fièvre (85 pulsations).

Le 1er mai, la suppuration est établie, le malade ne souffre pas; quoique ayant un peu de fièvre, il conserve de l'appétit.

Le 3, la quantité de pus fournie par les plaies est considérable; il y a un peu de décollement de la peau du bord supérieur de la plaie qui est située sur la face externe du bras; la fièvre persiste (90 pulsations); le malade a de l'appétit. — Infusion de quinquina, deux cinquièmes.

Le 4, le pouls est à 96, le décollement est plus étendu, l'avant-bras est le siége d'une tuméfaction œdémateuse. — Même traitement que la veille; de plus, application sur l'avant-bras de compresses imbibées d'eau de sureau camphrée.

Le 5, la suppuration, le décollement et l'œdème vont toujours croissant; le pus a pénétré les diverses pièces du pansement et s'est écoulé dans la gouttière; on enlève cette dernière, qui n'est plus assez spacieuse

pour permettre de placer entre elle et le bras la quantité de charpie nécessaire au pansement; le bras est mis dans un appareil à bandelettes séparées, reposant sur un coussin, dont la grosse extrémité correspond à l'avant-bras; le pouls est à 93. — Même traitement de la veille.

Le 6, l'empâtement de l'avant-bras a diminué, le décollement de la peau gagne la partie antérieure du bras et le bord supérieur de la plaie, située sur la face interne de ce dernier.

Le 8, la fièvre persiste, l'œdème de l'avant-bras a disparu, la suppuration est très abondante, le décollement de la peau s'est considérablement étendu sur la face antérieure du bras, où il s'est formé une collection purulente. La pression en ce point fait écouler une certaine quantité de pus par la plaie. M. Chaumet pratique une incision de 5 centimètres d'étendue au niveau de la collection, pour éviter que le décollement n'augmente; il gagne néanmoins le creux axillaire. Le malade a bon appétit; il mange trois cinquièmes et boit trois verres de vin. — Pansement avec des linges fenêtrés cératés.

Le 10, la peau de la face interne du bras est décollée jusque dans le creux axillaire, où se fait une fusée purulente; le bras est placé dans une position déclive, plus élevé à sa racine qu'à son extrémité inférieure, pour faciliter l'écoulement du pus.

Le 11, par l'effet de l'abondance de la suppuration, le tissu cellulaire qui doublait la peau de la partie antérieure du bras est complétement détruit; la peau est livide, amincie; privée du tissu cellulaire, elle s'est af-

faissée dans la plaie; le pouls est à 100; néanmoins, le malade a bon appétit.

Le 13, la peau de la partie antérieure du bras s'est sphacelée, elle s'élimine; par ce fait, la plaie du bras et celle qui avait été produite par l'instrument se trouvent réunies en une seule, de 8 centimètres de long sur 3 de large, au fond de laquelle on voit apparaître le fragment supérieur de l'humérus à chaque contraction du deltoïde. La fièvre persiste. — Cet état inspire de l'inquiétude à M. Chaumet, qui craint d'être obligé de pratiquer la désarticulation de l'épaule. Avant de prendre une détermination, il veut s'appuyer des conseils de ses confrères MM. Dénucé et Dupuy. Une exploration attentive de leur part amène l'avis de temporiser, de pratiquer des contre-ouvertures dans les points où le pus se réunit en foyers, et d'essayer le drainage. — Au milieu de ces désordres, l'état du malade est assez bon; il n'y a pas de diarrhée, pas de chaleur de la peau, pas de soif vive; le pouls est fréquent (90 pulsations), mais plein, développé; l'appétit est conservé.

Le 14, je pratique une incision dans le creux axillaire; il s'écoule une grande quantité de pus; je panse les diverses plaies avec du cérat, je favorise le recollement de la peau de la face interne du bras, à l'aide de la compression.

Le 16, j'enlève du fond de la plaie externe et antérieure du bras une esquille de 2 centimètres dans son plus grand diamètre. L'état général du malade est bon; le pouls est à 80.

Le 17, la peau de la face interne du bras adhère par quelques points aux parties molles sous-jacentes. Je

continue la compression. Le fond de la plaie est grisâtre; il a l'aspect d'un véritable ulcère; ses bourgeons sont fongueux et saignants. — Pansement avec de la charpie imbibée d'eau chlorurée. — Chaleur et douleur sourde à la face postérieure du sacrum, où la peau présente une teinte livide et quelques traces de mortification. — Charpie saupoudrée de poudre de quinquina pour pansement.

Le 19, le décollement de la peau du bras diminue d'étendue et n'est plus que de 3 centimètres. — Compression; pansement chloruré. — La plaie se déterge; son fond se recouvre de granulations rouges vermeilles. Pansement au cérat seulement.

Le 20, la peau mortifiée qui recouvre la face postérieure du sacrum s'élimine. — Pansement avec de la charpie et de la poudre de quinquina.

Le 21, il n'existe presque plus de décollement au pourtour de la plaie. Le malade se plaint d'une douleur au niveau de l'épitrochlée; on y découvre une ulcération s'étendant de l'épitrochlée au bord interne de l'olécrâne, suite de la pression exercée sur ce point par le poids du bras et de l'avant-bras réunis. Cette complication s'oppose à ce que le bras demeure plus longtemps appuyé sur sa face interne; elle exige l'isolement de l'épitrochlée d'avec tout point de contact. Pour obtenir ce résultat, la suspension est mise en œuvre; je place la face postérieure du bras sur une attelle en carton très-résistant, garnie de ouate, s'étendant de la racine du membre à 3 centimètres de l'épitrochlée; à chaque extrémité de l'attelle, je place le milieu d'une bande, dont je fixe les bouts au cadre du lit; j'applique sur les faces

dorsale et palmaire de l'avant-bras deux attelles ouatées, fixées solidement par des tours de bande s'étendant du coude au poignet. Chaque attelle dépasse les doigts de quelques centimètres, et présente une mortaise dans laquelle j'engage un bout de bande, tandis que je fixe l'autre au cadre du lit. Cette disposition me permet d'établir une suspension qui, prenant un point d'appui très étendu sur l'avant-bras, sera permanente, malgré la forme conique de ce dernier, supportable par le malade, et ne déterminera ni engorgement ni étranglement des parties sur lesquelles elle s'exerce. Cet appareil me permet de laisser entre les parties et la surface du lit un espace de 5 à 6 centimètres, qui suffit aux évolutions nécessaires au pansement de la plaie du coude. La suspension complétement établie, je m'oppose aux mouvements de balancement, à l'aide de bandes qui exercent des tractions, en sens inverse, sur divers points du bras et de l'avant-bras.

Le 22, le malade est un peu fatigué de la position; l'état des diverses plaies est assez satisfaisant; il n'existe plus de décollement de leurs bords, mais elles ne marchent pas rapidement vers la cicatrisation; la suppuration paraît un peu moins abondante. — Pansement au cérat. — L'état du malade est bon, il n'a pas de fièvre et conserve son appétit.

Le 26, par suite de l'ébranlement produit entre les fragments dans les diverses manœuvres exécutées le 21, et des efforts expulseurs de la nature, une esquille vient faire issue au fond de la plaie de la face externe du bras; je l'extrais en pratiquant une incision d'un centimètre environ. Les plaies tendent à la cicatrisation.

Le 31, le malade a un peu de fièvre, de la diarrhée (quatre selles dans la nuit). — Diète, crème de riz pour nourriture, décoction blanche de Sydenham.

Le 1er juin, le malade a deux selles dans les vingt-quatre heures. (Même traitement que la veille.)

Le 2, la diarrhée a complétement disparu; la plaie interne du bras ne mesure plus qu'un centimètre dans sa plus grande étendue; celle de sa face externe bourgeonne rapidement; la profondeur qu'elle offrait après la mortification de la peau s'est comblée; elle a encore une étendue de 7 centimètres de long sur 5 de large. Le malade souffre un peu de la position donnée à son bras.

Le 6, l'état des diverses plaies est satisfaisant, ainsi que l'ulcération de la face postérieure du sacrum. Celle du coude est réduite au diamètre d'une pièce de 50 centimes; mais à cause de la douleur que le malade éprouve, il ne peut plus garder la position donnée à son bras.

L'appareil destiné à la suspension est enlevé; un coussinet en forme de fer à cheval est glissé au niveau de l'extrémité inférieure du bras et supérieure de l'avant-bras; il isole la plaie du coude et la laisse à découvert; le pansement en devient facile. Je constate qu'il n'existe pas de consolidation au niveau de la fracture, mais qu'il se passe des mouvements dans l'articulation du coude.

Le 7, l'état soit local, soit général du malade, est bon; il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé.

Le 8, pour la première fois, je réprime les bourgeons charnus de la plaie externe.

Du 8 au 15, il n'est survenu aucun changement dans l'état du malade.

Le 16, la plaie externe du bras se cicatrise; celle du coude conserve les mêmes limites. Pour éviter la compression, je place un coussinet plus volumineux entre les fragments; j'évite avec le plus grand soin toute mobilité du membre pour favoriser la consolidation; je constate qu'elle commence quinze jours après la nouvelle position donnée au membre.

Le 20, la plaie du bras est presque cicatrisée; mais le malade se plaint d'un peu de douleur vers la partie moyenne de la face interne du bras, où je remarque, un peu en avant de la cicatrice de la plaie qui existait en ce point, de la rougeur, l'amincissement de la peau. Par le toucher, je constate la sensation de fluctuation et celle d'un corps dur, résistant, qui ne pouvait être qu'une esquille. Je fais une incision de 2 centimètres; je vide le foyer, et à l'aide de pinces à disséquer, j'enlève une esquille de 3 centimètres de long sur 2 de large, qui était logée dans l'espace celluleux situé entre le bord interne du biceps et du triceps.

Du 20 au 30 juin, le malade est à peu près dans le même état; alors les plaies du bras ressemblent à un orifice de trajets fistuleux; il s'en écoule une faible quantité de pus séreux; l'ulcération du coude conserve ses dimensions.

Le 3 juillet, en remplaçant le coussinet qui supporte le coude, je m'aperçois qu'en soulevant ce dernier, le bras abandonne le lit où il repose.

Le 8, les plaies du bras sont converties en trajets fistuleux, par où il s'écoule continuellement du pus séreux, entraînant au dehors quelques parcelles d'os. Je me borne tous les jours à cautériser les bourrelets fistuleux

et à panser avec du cérat; la consolidation s'opère au niveau de la fracture.

Le 15, une nouvelle esquille apparaît à l'orifice du trajet fistuleux externe; je suis obligé d'agrandir ce dernier pour l'extraire; j'introduis un stylet aiguillé dans le trajet fistuleux pour rechercher s'il n'existe pas d'autres esquilles, et je reconnais, à la sensation qu'il me donne, que l'humérus est recouvert de parties molles.

Le 2 août, persistance des trajets fistuleux, légère amélioration dans l'ulcération du coude; quelques mouvements se passent encore dans cette articulation; le degré de consolidation de l'humérus me permet de faire exécuter à cette dernière quelques mouvements peu étendus de flexion et d'extension.

Le 4, j'enlève une esquille par la plaie externe.

Le 12, j'en extrais une autre, en agrandissant l'orifice du trajet fistuleux de la face interne du bras.

Le 20, l'ulcération du coude est dans de bonnes conditions; elle est réduite à 2 millimètres de diamètre.

Le 25 août, elle est complétement cicatrisée.

De cette époque au 15 septembre, les plaies du bras se sont cicatrisées. Le malade entre en convalescence. Il est encore à l'hôpital, mais il doit être considéré comme guéri; les mouvements se sont en partie rétablis dans l'articulation du coude, et la consolidation de la fracture s'est faite au moyen d'un cal osseux.

Les faits que nous venons de publier offrent un enseignement qu'il ne faut pas perdre de vue. — La chirurgie conservatrice gagne tous les jours du terrain, et l'on doit s'applaudir lorsque, même aux dépens de

souffrances plus longues, de soins plus multipliés, souvent aussi très-fatigants, du danger même qu'un séjour prolongé dans les hôpitaux peut faire courir au malade, on a le bonheur de le rendre à la vie en évitant une mutilation.

Il est vrai que pour obtenir ce résultat, on passe parfois par des épreuves périlleuses aussi; mais c'est au chirurgien de s'inspirer de toutes les circonstances concomitantes pour éclairer sa marche. — Et quant au malade qui fait le sujet de notre IIIe Observation, combien M. Chaumet a dû s'estimer heureux d'avoir reculé devant la désarticulation de l'épaule!

MÉDECINE LÉGALE.

OBSERVATIONS,

par M. Marc BORCHARD, Docteur en Médecine des Facultés de Halle et de Paris, Médecin aux Rapports près les Tribunaux, Médecin adjoint de l'hôpital Saint-André.

(*Suite.*)[1]

IIIe Observation.

Suicide. — Coup de feu. — Désordres très-considérables. — Délire resté inaperçu.

Le 17 septembre 1859, je fus chargé de visiter le cadavre du sieur Cast..., âgé de 50 ans, afin de déterminer si la mort était l'effet d'un suicide ou d'un meurtre. Je rédigeai le Rapport suivant :

« Introduit dans une chambre du premier étage, nous

[1] *Voy.* le Numéro de novembre, page 720.

avons trouvé le cadavre étendu par terre, sur le côté gauche, tenant de la main gauche un fusil de chasse à deux coups; l'ouverture des canons se trouve à la hauteur et près du col.

» Près de la tête, à gauche, est une vaste mare de sang, à peine coagulé en partie.

» Les deux tiers de la tête sont enlevés; il ne subsiste que l'os pariétal droit et une partie de l'os frontal, qui est brisée elle-même.

» Le cerveau tout entier, considérablement lacéré, est comme arraché de la base du crâne, à laquelle il ne tient plus que par quelques débris de ses membranes; il est étendu sur le sol, du côté gauche.

» Nous avons constaté sous le menton, un peu à gauche, une ouverture qui permet l'introduction d'un doigt, et conduit dans l'intérieur de la bouche. L'os de la mâchoire est fracturé dans cet endroit, qui comprend les alvéoles de deux dents incisives et d'une canine. Les téguments extérieurs sont ici fortement noircis dans une grande étendue.

» Le corps est entièrement vêtu, et les vêtements n'offrent aucune trace de désordre; rien n'indique qu'une lutte ait eu lieu.

» Les pieds sont chaussés de bas en bon état; mais le gros orteil du pied gauche est passé à travers une ouverture exactement proportionnée à ce doigt.

» De nombreux débris de masse cérébrale sont répandus sur le plancher, sur la cheminée, sur une table qui est placée à la droite de celle-ci, et jusqu'à un des murs d'une chambre qui précède celle où le cadavre a été trouvé.

» Il est particulièrement digne de remarque que le plafond de cette dernière pièce est noirci par de la poudre au-dessus de la table.

» Un des canons du fusil est sali de poudre à l'intérieur, et la détente a été lâchée.

» Nous avons interrogé les parents du sieur Cast... sur ses antécédents. D'après eux, il avait toujours été sain d'esprit, et on ne lui connaissait aucun motif de chagrin; il jouissait, d'ailleurs, d'une situation relativement aisée. C'est seulement en insistant sur certaines questions que nous avons appris qu'il était, depuis une semaine environ, le jour comme la nuit, en proie à des hallucinations : il se croyait sans cesse entouré et poursuivi de plusieurs centaines d'hommes et d'animaux à formes bizarres, et il s'en plaignait vivement. Mais on n'y avait attaché aucune importance, on l'en raillait.

» De ces faits et observations nous déduisons les conclusions qui suivent :

» 1° La mort du nommé C... est due à un suicide et non à un crime. Cet homme a dû se placer debout contre la table que nous avons mentionnée, et tirer la détente du fusil au moyen du gros orteil, mis à découvert dans ce but; puis il est tombé sur le côté gauche.

» 2° La résolution du suicide lui a été inspirée, selon toute probabilité, par les terreurs que lui causaient les hallucinations produites elles-mêmes par l'abus qu'il faisait d'habitude des boissons spiritueuses. La forme de ces hallucinations (les apparitions d'animaux) est caractéristique à cet égard. »

Fait à Bordeaux, le 17 septembre 1859.

Le cas suivant est également relatif à une blessure par arme à feu, qui détermina la mort presque instantanément; mais les lésions étaient toutes différentes de celles qu'offrait le sujet de l'observation qui précède.

L'assassinat du sieur P... ne fut pas le seul acte de ce drame : à peine cet homme eut-il été frappé, que le meurtrier, un nommé Brugière, âgé de 60 ans, cuisinier, tenta, à coups de pistolet et de poignard, de tuer aussi la fille Y..., sa concubine depuis dix ans, et dont il partageait sciemment les faveurs avec P...; à ce moment, ces trois personnes soupaient ensemble.

IVe Observation.

Coup de feu. — Hémorrhagie cérébrale intense. — Mort après trois heures de coma.

L'autopsie du sieur P..., faite par moi avec M. le Dr Boussiron, nous fournit les résultats suivants :

« Nous constatons à la région temporale droite une plaie régulièrement circulaire, ayant près de 3 centimètres de diamètre, des bords contus et noirâtres. Elle a percé toute l'épaisseur des os du crâne, et l'extrémité du doigt indicateur, que nous introduisons dans cette solution de continuité, pénètre librement jusqu'au cerveau, en rencontrant quelques esquilles osseuses.

» En disséquant le cuir chevelu, dont le derme, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané, offrent une densité et une résistance extraordinaires, nous reconnaissons, dans une étendue de 10 centimètres autour de la plaie, une extravasion considérable de sang coagulé.

» Nous divisons le crâne dans toute la circonférence

au niveau de cette blessure, nous en détachons le segmen supérieur, et nous trouvons tout près de la plaie, au milieu de quelques lambeaux de matière cérébrale, une balle de plomb ayant près de 1 centimètre de diamètre, portant sur l'une de ses moitiés des empreintes d'un canon rayé verticalement, et dont l'autre moitié est comme rabattue et aplatie.

» Tout l'hémisphère droit de l'encéphale, à sa surface supérieure comme à sa base, est couvert d'une épaisse nappe de sang ; la membrane arachnoïde et la pie-mère en sont imbibées, et la masse cérébrale elle-même offre, sur un grand nombre de points, des taches de sang extravasé.

» L'hémisphère gauche n'offre rien de semblable.

» De ces faits et observations nous croyons devoir conclure :

» 1° Que le sieur P... a succombé à une hémorrhagie cérébrale très-intense.

» 2° Que celle-ci a été déterminée instantanément par une balle qui a pénétré jusque dans la substance même du cerveau avec assez de force pour avoir pu briser les os du crâne.

» 3° Que la balle a frappé la tête perpendiculairement à son axe, et qu'elle a dû être tirée à une faible distance. »

Fait à Bordeaux, le 28 juin 1858.

V° Observation.

Nombreux coups de pistolet et de poignard. — Blessures relativement peu graves.

« Nous soussignés, M. Borchard et B. Boussiron, etc.,

etc., sur la réquisition de M. Fabre de la Bénodière, substitut de M. le Procureur Impérial, nous sommes transportés, à plusieurs reprises, à l'hôpital Saint-André, à l'effet de constater définitivement la nature et la gravité des blessures reçues, le 27 juin dernier, à neuf heures du soir, par la nommée A. Y..., âgée de vingt-sept ans. Nous les avions déjà examinées, sur le théâtre même du crime, avec M. le Dr Marmisse, qui était également accouru pour secourir les victimes.

» Nous avons aussi procédé à l'examen des vêtements que portait alors A. Y..., ainsi que des armes avec lesquelles elle a été frappée.

» *Blessures*. — I. — A la joue gauche, au niveau de l'arcade dentaire inférieure, existe une plaie contuse, noircie, de forme circulaire, et au côté interne de la même joue une plaie semblable. La paroi antérieure de l'alvéole qui loge la deuxième grosse dent molaire est enfoncée, et cette dent elle-même est fortement déviée en arrière et vers l'alvéole de la première grosse molaire; cette dernière manque, elle a été extraite antérieurement.

» La blessée nous dit qu'un instant après avoir reçu cette blessure, elle a rejeté par la bouche une certaine quantité de sang coagulé et une balle. Nous avons examiné cette dernière : elle a 1 centimètre de diamètre, offre l'empreinte de cannelures longitudinales, et, en outre de quelques inégalités peu marquées, un creux profond, moulé sur la forme *multicuspidée* (c'est-à-dire présentant plusieurs gros renflements), propre aux grosses dents molaires.

» II et III. — A la face externe de l'avant-bras droit,

un peu au-dessus du poignet, une plaie béante de 2 centimètres de long, transversale, et au côté interne de l'avant-bras une autre plaie béante, un peu plus petite, correspondant exactement, par sa position, à la première.

» L'instrument piquant et tranchant qui a produit ces blessures a transpercé l'avant-bras dans toute son épaisseur du dehors au dedans. L'absence de fortes hémorrhagies, ainsi que l'intégrité des mouvements et de la sensibilité des doigts, prouvent que l'instrument n'a atteint aucun des nombreux et gros vaisseaux sanguins, ni aucun des nerfs importants qui se trouvent dans cette région.

» IV et V. — Deux plaies béantes de 2 centimètres de long, presque verticales, à la région du cœur, à peu de distance l'une de l'autre.

» VI, VII, VIII et IX. — Quatre plaies de la même dimension, sur le côté droit du thorax, dont trois sont placées un peu au-dessus du niveau du sein, et une plus bas.

» *Armes et vêtements*. — Les objets suivants ont été soumis à notre examen dans le cabinet de M. le Juge d'Instruction :

» 1° Un couteau-poignard à manche blanc; la lame est longue de 10 centimètres, et large de 1 centimètre 1/2 près du manche. Celui-ci, ainsi que la lame, sont couverts d'un sang desséché.

» 2° Un pistolet à deux canons superposés et rayés de cannelures longitudinales. Les canons ont une longueur de 4 centimètres 1/2.

» 3° Une balle, dont nous avons donné la description plus haut.

» 4° Une chemise couverte de sang, portant à sa partie supérieure, au côté gauche, deux coupures, et au côté droit quatre coupures.

» 5° Un corset en coutil neuf, d'une couleur grise. Il existe sur le côté gauche, au niveau du cœur, une coupure perpendiculaire qui a traversé l'étoffe et une baguette en baleine. Une autre coupure se remarque à peu de distance, plus à gauche. Sur le côté droit du même corset se trouvent quatre coupures.

» 6°, 7° et 8°. Un jupon blanc, une crinoline et un peignoir en une étoffe de coton, qui tous, et surtout le dernier, sont couverts et imbibés d'une grande quantité de sang desséché.

» De ces faits et observations nous croyons devoir déduire les conclusions qui suivent :

» *A*. — La nommée A. Y... a été blessée, le 27 juin, d'un coup de feu au visage et dans l'intérieur de la bouche, et de huit coups d'un instrument piquant et tranchant sur d'autres parties du corps.

» *B*. — La nature et les dimensions des plaies du visage et de la mâchoire inférieure s'expliquent parfaitement par les dimensions et l'état de la balle rejetée par A. Y..., tels que nous les avons décrits dans le présent Rapport (*1*), ainsi que par le pistolet (2°).

» *C*. — La nature et les dimensions des blessures de l'avant-bras et du tronc s'expliquent par l'action du couteau-poignard, tel que nous l'avons décrit (1°).

» *D*. — La multiplicité de ces blessures, ainsi que la gravité de quelques-unes d'entr'elles, pourront déterminer une forte réaction inflammatoire et fébrile, ou bien la carie et la nécrose de l'os maxillaire blessé.

Ces complications seraient dangereuses à différents titres et prolongeraient le traitement, qui, pour le moins, sera de trente à quarante jours. »

Fait à Bordeaux, le 6 juillet 1858.

Postérieurement, plusieurs esquilles se sont détachées de l'os maxillaire blessé, et A. Y... a été atteinte, à deux reprises, d'ictères d'une intensité peu commune. Les violentes émotions morales, que cette femme avait subies, ont-elles eu quelque part à la production de ce dernier phénomène? Il est permis de le croire. Je dois, toutefois, ajouter qu'elle avait montré une impassibilité et un sang-froid qui ne s'étaient jamais démentis, ni en présence de P..., agonisant à ses pieds, ni devant la Cour d'Assises, pendant qu'elle faisait le récit minutieux, scandaleux et accablant pour l'accusé, de ses longues relations avec lui. — Je donne ces détails comme élément d'études psycologiques.

De cette Observation doit être rapprochée celle que j'ai publiée dans ce journal, en 1854, et qui était relative à une dame C...

Les observations suivantes appartiennent à un autre ordre de faits; elles doivent servir de base à des développements ultérieurs.

VIe Observation.

Soupçons d'empoisonnement. — Autopsie : épanchement pleurétique et calculs biliaires.

La veuve Dh..., âgée de 73 ans, jouissait habituellement d'une bonne santé, malgré son âge avancé, mais

elle souffrait parfois de fortes douleurs d'estomac, accompagnées de vomissements. Il y a huit mois, elle avait été traitée d'une dysenterie intense, et dernièrement elle avait paru fatiguée à la suite d'un voyage fait à Paris. Elle s'était néanmoins livrée à des travaux de ménage dans une cave, le 28 octobre 1857, lorsque dans la nuit suivante, elle fut prise d'une très-violente douleur à l'estomac et dans la portion du dos correspondante; quelques vomissements peu copieux survinrent; ils furent bilieux, au dire des parents; des crampes douloureuses dans les extrémités supérieures et inférieures s'y ajoutèrent; les forces allaient en diminuant, le pouls devenait de plus en plus petit, l'intelligence, toutefois, restait intacte; la malade succomba le 30, à 11 heures du matin. Une application de sangsues, l'emploi successif de remèdes calmants et excitants, à l'intérieur et à l'extérieur, n'avaient pu prévenir cette terminaison funeste.

Cette mort inattendue, arrivée au milieu de symptômes obscurs et inexpliqués, fit naître dans l'esprit de la famille Dh... des soupçons d'empoisonnement, qui se portèrent sur l'un de ses membres, institué le légataire universel de la veuve Dh.... M. le Dr Boisseuil, depuis plusieurs années médecin de celle-ci, crut devoir informer de cette situation le Procureur impérial, M. Durand-Fornas; ce magistrat ordonna l'autopsie cadavérique.

Je la pratiquai, vingt-sept heures après le décès, avec M. Boisseuil, qui me communiqua alors les renseignements tels qu'ils précèdent. Je les ai transcrits ici du Rapport, rédigé par moi en notre nom collectif; je vais maintenant ajouter le reste de ce document :

« Le corps, soumis à nos investigations, est celui d'une femme âgée, de peu d'embonpoint, mais dont la chevelure encore noire témoigne d'une vieillesse non décrépite. — D'assez nombreuses lividités cadavériques se remarquent aux parties latérales de l'abdomen; celui-ci est considérablement tuméfié. — Aucune trace de violences n'existe à la surface du corps, qui exhale une forte odeur de putréfaction.

» Nous isolons et enlevons avec soin l'estomac, après avoir placé de fortes ligatures à ses deux extrémités (cardia et pylore), afin de conserver son contenu; nous recueillons environ deux cents grammes d'un liquide assez épais, couleur chocolat, répandant une odeur fétide.

» L'estomac est fortement distendu par des gaz; sa surface intérieure est pâle, et présente de nombreux boursoufflements, remplis de gaz. Au-dessous de ceux-ci se dessine un petit nombre d'arborisations vasculaires, indices d'une ancienne et légère inflammation.

» L'intestin grêle, en outre de plaques rouges évidemment cadavériques, présente de nombreuses injections phlegmasiques.

» Toutes les autres portions du tube digestif sont saines. On y retrouve seulement des boursoufflements entièrement pareils à ceux signalés dans l'estomac; comme eux, ils sont les effets de la décomposition cadavérique (la température est très-élevée depuis plusieurs jours; aujourd'hui, à midi, le thermomètre centigrade marque 14°).

» Le foie est très-développé, la vésicule biliaire remplie d'une abondante bile brune; elle renferme une tren-

taine de calculs noirâtres, dont quelques-uns ont le volume d'un petit haricot, et d'autres présentent une forme anguleuse.

» Le côté droit de la poitrine contient une quantité notable d'un liquide grisâtre et purulent; la plèvre de ce côté est épaissie.

» Les poumons et le cœur n'offrent rien d'anomal.

» Les causes de la mort étant maintenant bien connues, nous crûmes devoir nous rendre aux instances des parents, désormais assurés que leurs soupçons avaient été mal fondés : nous nous sommes donc abstenus de porter le scalpel sur la tête.

» Examiné, ultérieurement, au microscope, et analysé, le liquide recueilli dans l'estomac n'a offert ni globules de sang, ni globules de pus, ni trace d'aucune substance toxique [1].

» De ces faits et observations nous croyons devoir déduire les conclusions qui suivent :

» 1° La mort de la veuve Dh... a été déterminée par une double cause : par une pleurésie, qui a promptement donné lieu à un épanchement dans la poitrine, et par le passage de quelques calculs biliaires dans les conduits voisins; ce qui explique les violentes douleurs et les convulsions des membres, que nous avons signalées. L'expérience enseigne que ce passage peut être suivi d'une mort instantanée.

» 2° En conséquence, le crime est étranger au décès de cette dame.

» Fait à Bordeaux, le 31 octobre 1857. »

[1] Pour abréger, nous omettons ici les détails de l'analyse chimique, faite par M. Dannecy, pharmacien des hospices.

VII[e] Observation.

Suicide. — Soupçons d'assassinat.

« Nous soussignés, M. B., etc., nous sommes transporté ce jourd'hui, 6 juillet 1857, dans la propriété du sieur L..., rue Mondenard, à l'effet d'examiner l'état du cadavre du sieur Mav., âgé de cinquante-deux ans, peintre en voitures, qui venait d'être trouvé noyé dans un puits, *les mains solidement liées par une corde,* et de rechercher s'il a été précipité dans ce puits mort ou vivant, et si la mort doit être attribuée à un crime ou à un suicide.

» Nous avons recueilli des renseignements sur les antécédents de cet homme, et nous avons su qu'il était depuis longtemps en proie à des souffrances physiques et morales, les unes résultant de chagrins domestiques, les autres d'une maladie des voies urinaires. Dernièrement il apprit ou crut avoir appris que cette affection était incurable; dès lors des incohérences d'idées, déjà antérieurement observées chez lui, étaient devenues plus fréquentes, et à plusieurs reprises il avait manifesté des intentions de suicide.

» Ce matin, à quatre heures, il a quitté son domicile, où il habitait seul, et, vers six heures, des ouvriers ayant trouvé, sur les bords d'un puits situé au fond du jardin de L... (où l'on pouvait facilement pénétrer par une ouverture dans la haie de clôture) un chapeau et une cravate, ont cherché dans le puits et en ont retiré le corps du sieur Mav.

» Nous avons examiné celui-ci avec le plus minutieux

soin, et nous n'y avons découvert aucune ecchymose, ni plaie, ni autre trace de violences.

» Les deux poignets étaient entourés de quatre tours d'une corde assez mince, et maintenus ainsi à une distance de 12 centimètres l'un de l'autre. Ce lien était solidement fixé, mais sans qu'il y eût de nœud proprement dit; les extrémités de la corde étaient simplement passées et comme entrelacées. Nous nous sommes assuré par quelques expériences que, vu l'intervalle assez considérable qui séparait les deux mains, elles avaient eu assez de jeu pour leur permettre de placer la corde, sans toutefois y faire de véritables nœuds.

» De ces faits et observations nous croyons devoir conclure que c'est l'asphyxie par submersion qui a déterminé la mort du sieur M... dans le puits où il a été trouvé; qu'il s'y est précipité lui-même, et qu'aucune violence n'a été exercée sur lui.

» Le fait que les mains étaient attachées, semble, au premier coup d'œil, attester que cet homme a péri victime de violences étrangères; mais il ne doit pas être interprété ainsi, par les raisons exposées plus haut. Il existe, d'ailleurs, dans les fastes de la médecine légale, d'autres faits analogues, où des individus, voulant se noyer, s'étaient enlacé le cou, les mains et les jambes, avec une corde garnie de nœuds coulants, afin de se mettre dans l'impossibilité de nager.

Fait à Bordeaux, le 6 juillet 1857.

La façon dont les mains sont liées chez un individu qui est trouvé noyé, pendu, ou étranglé, acquiert une importance incontestable, pour décider s'il y a eu sui-

cide ou homicide. Elle doit appeler la sérieuse attention du médecin expert. Dans les Observations de ce genre que j'ai, pour le moment, sous les yeux, il n'en est tenu aucun compte.

Champion, assassin du roi Louis-Philippe, avait aussi les mains liées, lorsqu'on le trouva pendu dans la prison. Les gardiens déclarèrent « qu'elles étaient attachées le long et derrière le dos, mais assez distantes l'une de l'autre pour se trouver appliquées derrière les hanches. » Dans ce récit, il n'est fait aucune mention de la manière dont les bandes (c'étaient des bandes de pansement, qui avaient un peu moins de 2 mètres de longueur) étaient fixées aux deux mains, s'il y avait un nœud, etc. — M. Devergie fit l'autopsie de Champion; mais il ne le vit qu'à la Morgue, et lorsque les mains n'étaient plus liées. Il n'a donc pu s'expliquer à cet égard; il dit seulement : « L'appareil de suspension (au crochet supérieur de l'espagnolette) une fois établi, *il se serait* atttaché les mains derrière le dos avec les bandes [1]. »

Marc a figuré (fig. 3, pl. 2) la position d'un prisonnier qui s'était pendu, le 10 septembre 1831, à la grille de la fenêtre des lieux d'aisance de l'infirmerie, à la Conciergerie, « et qui avait eu soin de se lier fortement les mains avec un autre mouchoir. » Il n'y a, relativement à cette circonstance, aucun autre détail dans le procès-verbal du commissaire de police; Marc n'avait pas lui-même vu le prisonnier. Il ajoute ceci : « Il n'a pu s'élever le moindre doute sur la réalité de

[1] Alph. Devergie, *Médecine légale;* 3 vol., 3e édit. Paris, 1852. Tome. II, dages 793 et 794.

ce suicide, puisque le suicidé a laissé plusieurs écrits qui annonçaient sa funeste résolution. Or, je le demande, si ce même homme eût consommé ailleurs que dans une prison, par exemple, dans une chambre isolée, peu visitée, ou dans un bois, son acte de désespoir, et qu'on n'eût trouvé aucun écrit de lui après sa mort, la circonstance des mains liées n'eût-elle pas été bien propre à faire croire à un assassinat? C'était cependant bien lui qui s'était lié les mains, *en se servant, à cet effet, de ses dents* [1].

Évidemment, l'intervention des dents n'est ici qu'une hypothèse. Pour l'importance d'examiner avec soin les nœuds des liens trouvés sur des individus morts, voyez aussi les deux Observations qui suivent; je les emprunte à un ouvrage important, récemment publié en Allemagne. Je les ai choisies parmi près de quatre cents Rapports, que l'auteur, M. Casper, professeur de médecine légale à l'Université de Berlin, a réunis dans le premier volume. Comme les miens propres, ces deux cas se rattachent à mon travail.

Le premier est donné par le célèbre médecin-légiste comme un des plus remarquables qu'il ait rencontrés dans sa longue carrière. Les incertitudes que présentait cette cause furent telles, qu'elle dut parcourir toute l'échelle des instances médico-judiciaires; car, en Prusse, la médecine légale a une organisation calquée, jusqu'à un certain point, sur l'organisation de la justice elle-même. Dans chaque province

[1] Marc, *Examen médico-legal des causes de la mort de S. A. R. le prince de Condé*. Paris, 1831-8, page 54; — et *Annales d'Hygiène publ. et de Médecine légale*, année 1831, tome V.

existe un Collége médical, auquel le Procureur général, et le défenseur, peuvent soumettre les Rapports rédigés par les médecins-experts, lorsque, à tort ou à raison, ces documents ne leur inspirent pas une entière confiance; et auprès du Ministère de l'Instruction publique et des Affaires médicales est institué un Comité médical scientifique (c'est son nom officiel), auquel il peut en être appelé, comme en dernière instance, de cette seconde consultation et du Rapport primitif. Il convient d'ajouter que ces conseils ne sont nullement assimilés aux tribunaux; loin d'avoir la force d'un arrêt, le dernier *superarbitrium* même n'est qu'un avis, qui tire toute sa valeur de la position élevée de ceux qui l'ont émis, et surtout, sans doute, de la solidité des arguments qui le motivent. Le Ministère public et la défense sont libres de choisir leurs armes dans les trois expertises également, et toutes doivent être connues du jury.

(La suite au prochain numéro.)

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

Brûlures; application d'eau distillée de laurier-cerise. — Ces applications sont très-efficaces contre l'élément douleur, et jamais dangereuses, dit M. Franchini. Après avoir nettoyé la partie brûlée et percé les ampoules, on la recouvre d'une compresse trempée dans un mélange de 8 parties d'eau distillée de laurier-cerise sur 100 parties de sirop de gomme. Cette compresse doit être renouvelée toutes les douze heures; avant de l'enlever, il faut avoir soin de la mouiller avec de l'eau froide, afin de ne pas enlever l'épiderme ou de ne pas déchirer les bourgeons charnus. *(Gazz. med. Sarda;* sept. 1859.)

Liquide iodé pour désinfecter les plaies et les ulcères de mauvaise nature. — A la séance du 8 août dernier, l'*Académie des sciences de Paris* a reçu de M. Marchal (de Calvi) une communication dont le but était de faire connaître les propriétés antiseptiques et désinfectantes de l'iode. Voici la solution iodée qu'il emploie :

Iode	1	gramme.
Iodure de potassium	2	»
Eau distillée	1,000	»

On applique sur les plaies des compresses imbibées de ce liquide, et l'on renouvelle plusieurs fois par jour cette application. Mais, pour cela, il n'est pas nécessaire de changer chaque fois les compresses; sans déranger celles-ci, il suffit de les mouiller plus ou moins souvent, selon les cas, avec la solution iodée. On évite ainsi d'irriter les plaies par des attouchements et des manupilations répétées, inconvénient grave que portent avec elles la poudre et la pommade de coaltar. L'auteur a guéri par ce moyen plusieurs plaies ou ulcères de fort mauvaise nature, et qui, sans cela, eussent été incurables.

Gastralgie; traitement par les vomitifs. — Partant de ce fait que la gastralgie cesse souvent à la suite d'un vomissement spontané, M. le docteur G. Zimmermann a essayé de la combattre au moyen de l'ipéca administré à doses vomitives. Il s'est toujours bien trouvé de cette pratique.

(*Memorabilien aus der Praxis*; 1858, n° 4.)

Éruption pustuleuse produite par la présence du Dermanyssus avium. — Une dame de 70 ans, consulta le docteur H. Itzigson pour une éruption qui, en peu de temps, avait envahi la peau du cou et celle de la portion supérieure du tronc. Cette éruption consistait en pustules nombreuses, confluentes, quelque peu analogues à celles de la variole. Elles étaient accompagnées de rougeur, et causaient une démangeaison extrêmement vive, qui s'exaspérait surtout la nuit. Peu après, une fille de 23 ans, qui couchait dans la chambre de cette dame, et bientôt une servante de 26 ans furent atteintes de la même affection, qu'elles

considéraient comme n'étant autre chose que la gale. Il n'en était rien cependant : le volume relativement considérable des pustules, leur siége primitivement et presque exclusivement limité au tronc, enfin la présence d'animaux particuliers, qu'on pouvait aisément distinguer à l'œil nu, devaient immédiatement faire rejeter cette idée. L'examen microscopique fit reconnaître que ces animaux étaient des acares bien plus volumineux que ne l'est le sarcopte de la gale. La longueur des palpes, la forme ovalaire et allongée du corps les distinguaient surtout des acares propres à l'homme et aux animaux mammifères. Un coup-d'œil jeté sur le *Traité des parasites de Küchenmeister* (Abth., I, S. 424 et seq.) permit de constater qu'il s'agissait là du *Dermanyssus avium.* — Bientôt on découvrit que des poules habitant un poulailler situé au-dessous de l'appartement occupé par la vieille dame, étaient couvertes de l'acare en question; que même les acares s'étaient répandus sur le sol et sur les parois du poulailler, et l'on crut devoir admettre enfin qu'ils avaient dû pénétrer dans l'appartement par la lunette du cabinet d'aisances.

A l'aide de bains et d'onctions avec un onguent composé de graisse, de précipité blanc et d'huile de romarin, la guérison fut obtenue très-promptement.

(*Virchow's Archiv.*, et *Gaz. hebdom.*; 1859, nº 9.)

CHRONIQUE.

Le 21 novembre, le Corps médical de Bordeaux a rendu les honneurs funèbres à notre regretté confrère le Dr Chaumet. Tout ce que la ville compte de personnes remarquables assistait à cette pieuse cérémonie. La foule, silencieuse et recueillie, prouvait par son attitude la grandeur de la perte qu'elle venait de faire, et les sentiments qui ont été si bien traduits par les orateurs qui s'en sont fait les interprètes.

Nous nous faisons un devoir de publier les discours prononcés

par M. Gintrac, comme directeur de l'École de Médecine; de M. Denucé, comme représentant la Commission médico-chirurgicale de l'hôpital Saint-André, et celui de M. Venot, au nom d'une vieille amitié.

M. Gintrac s'est exprimé en ces termes :

« Messieurs,

» En présence de cette tombe, l'âme éprouve d'inexprimables émotions. Entr'ouverte il y a quelques mois, elle s'était refermée, et on pouvait croire qu'elle l'était pour longtemps. Mais, oh! fragilité des destinées humaines! un instant a suffi pour l'ouvrir de nouveau, et cette fois sans laisser ni trêve ni espérance. Ce coup inattendu, qui a produit dans la cité le plus pénible retentissement, a frappé de stupeur les nombreux amis de notre cher et honorable collègue. L'École de Médecine a senti un cruel déchirement; elle a vu se faire dans ses rangs un vide immense. Elle a perdu celui qui, après avoir été l'un de ses élèves les plus distingués, était devenu l'un de ses maîtres les plus éminents.

» Il me semble voir encore, il y a cependant quarante ans, arriver parmi nos disciples un jeune homme à la physionomie ouverte et riante, à l'œil vif, au regard pénétrant, écoutant avec une curieuse attention, se livrant avec ardeur à l'étude de l'anatomie, ne laissant échapper aucune occasion de travailler et de s'instruire. Tel nous apparut Chaumet, qui devait être bientôt et à plusieurs reprises l'un de nos lauréats les plus remarquables.

» Quelques années après, nous le suivions à Paris, dans ses études et ses succès, entrant dans la chirurgie militaire, disputant à de studieux émules les palmes du savoir, se conciliant l'affection et l'estime de ses illustres chefs, de Broussais et du vénérable Larrey.

» Si M. Chaumet eût suivi la carrière militaire, il en aurait rapidement franchi les divers degrés, et il en occuperait aujourd'hui les premiers rangs. Mais un charme invincible l'attirait vers les lieux qui l'avaient vu naître; il aimait Bordeaux.

Il voulut lui consacrer son talent et son zèle. Ce fut par la porte la plus large et la plus honorable qu'il rentra parmi nous. Un concours était annoncé pour la place de chef interne de l'hôpital Saint-André; plus tard, une nouvelle lice était ouverte pour la place de chirurgien en chef adjoint de la même maison. Dans ces deux mémorables circonstances de sa vie, M. Chaumet fit preuve de connaissances positives et étendues, et d'une habileté opératoire véritablement supérieure.

» Devenu professeur de clinique externe, ses talents se déployèrent dans tout leur éclat. Sous sa parole abondante et facile, les points les plus importants de la chirurgie étaient discutés, éclairés et jugés. Sous son intelligente main, les procédés de l'art les plus difficiles et les plus compliqués étaient exécutés avec adresse et précision, avec ce sang-froid qui domine les éventualités, avec cette sûreté de coup d'œil qui prépare et garantit le succès, et, s'il est possible de s'exprimer ainsi, avec cette sorte d'élégance qui constitue le chirurgien accompli.

» Dans ses leçons, dans ses rapports avec les élèves, M. Chaumet se montrait toujours bienveillant. Auprès des malades, il était affectueux, charitable, empressé, s'efforçant de leur épargner la souffrance et la crainte.

» Il n'était pas possible qu'un professeur aussi distingué, placé sur un grand théâtre, et s'y montrant l'égal de ceux qui furent ses modèles, n'acquît pas de bonne heure une vaste renommée. Dans notre ville et dans les départements limitrophes, M. Chaumet était avec juste raison considéré comme l'un des praticiens les plus éminents, comme l'un des opérateurs les plus habiles, et même, tout le monde en conviendra, il tenait certainement dans nos contrées ce qu'on pourrait appeler le sceptre de la chirurgie.

» Ayant beaucoup observé et attentivement réfléchi, M. Chaumet possédait une grande expérience. Plusieurs de ses écrits en ont donné la preuve. Absorbé par de nombreuses occupations, notre collègue n'a pu fournir à la science que des fragments qui lui ont valu d'honorables affiliations. Il se proposait de réunir d'imposantes masses de faits pour justifier les préceptes qui avaient depuis longtemps servi de base à son en-

seignement. Mais sa carrière s'est brisée au moment où ces projets pouvaient être le plus heureusement réalisés.

» Vous redirai-je, Messieurs, ce que vous savez tous? Qui ignore où et comment notre estimable collègue a puisé les germes de destruction qui devaient si perfidement abréger sa vie? Peu soucieux d'abord d'une imperceptible blessure dont chez tout autre il eût reconnu le danger, il vit sans effroi s'accumuler des accidents formidables, et bientôt, par une triste et fatale coïncidence, vint s'ajouter à tant d'angoisses la plus profonde affliction qui puisse atteindre un cœur de père. Les soins empressés de l'art, le dévouement et les consolations de l'amitié parvinrent à calmer les douleurs et à dompter la férocité du mal.

» Au milieu de l'intérêt général qu'inspiraient ces déplorables événements, l'autorité universitaire voulut donner à M. Chaumet un flatteur témoignage d'estime. Cette décoration, si chèrement acquise, ne devait pas, hélas! orner longtemps la poitrine de notre collègue. Alors qu'il commençait à reprendre ses travaux ordinaires, il a été subitement enlevé, nous laissant dans une profonde consternation.

» Ah! Messieurs, quel excellent et loyal confrère nous perdons! De quels judicieux conseils sont privés une multitude de nos concitoyens! Et quelle perte sensible pour l'École de Médecine! Je puis l'affirmer, le souvenir de M. Chaumet se perpétuera dans son sein, entouré d'un concert unanime d'hommages et de respects, de sympathie et de gratitude.

» Avant de dire le dernier adieu à notre cher et regretté collègue, formons les vœux les plus sincères pour qu'il reçoive dans une autre vie la récompense de ses vertus, de sa résignation dans les souffrances, de ses sentiments religieux. C'est à la dernière heure que se pèsent les œuvres de la charité; et celui qui a consacré sa vie à soulager ses semblables, ne peut-il pas espérer pour lui-même allégeance, protection et suprême rémunération? »

Discours de M. Denucé :

« Messieurs,

» Une voix plus autorisée que la mienne vient de vous entretenir de l'éminent confrère dont nous déplorons la perte, et de vous faire assister aux phases diverses d'une vie si bien remplie et si fatalement brisée. Il est bien difficile d'ajouter quelque chose à ces paroles éloquentes. Cependant, veuillez permettre au président actuel de la réunion des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-André d'apporter, au nom de ses collègues, sur cette tombe prête à se fermer, son tribut de regrets et de louanges.

» L'hôpital a été le théâtre sur lequel M. le docteur Chaumet a passé la partie la plus glorieuse et la plus méritante de sa vie. Élève déjà très-remarqué des hôpitaux militaires, il entra en 1829, avec le titre de chef interne, et par la voix honorable du concours, dans notre hôpital. Depuis, il n'a cessé d'y être attaché à des titres divers. Successivement chirurgien-adjoint, chirurgien en chef, professeur de clinique chirurgicale, pendant trente ans chaque jour sa première pensée, sa première tâche accomplie a été le soin des malades qui lui étaient confiés.

» Avec quel zèle et quel éclat il s'acquittait de ces fonctions, messieurs, vous le savez comme moi. Ses contemporains, en le voyant à l'œuvre, ne pouvaient s'empêcher de penser aux grandes écoles et aux grands maîtres dont ils furent comme lui les disciples, et dont M. le docteur Chaumet a tant contribué à répandre et à vulgariser dans notre hôpital les saines traditions. Nous, les derniers venus, nous avons tous été ses élèves, et c'est un titre dont nous sommes fiers. Nous gardons le souvenir de ce coup-d'œil précis, de cette main sûre, de ce sang-froid inaltérable qui, dans les grandes œuvres de la chirurgie, le laissaient réellement sans rival.

» Sa carrière, commencée et poursuivie avec tant de persévérance dans les hôpitaux, devait, hélas! y trouver une fin prématurée. Comme un digne professeur, c'est dans son am-

phithéâtre, en instruisant ses élèves, en les initiant aux mystères de la science, qu'il a été frappé du coup funeste dont il ne devait pas se relever.

» Sa maladie a été une longue et pénible lutte. Aux soufffrances physiques vint bientôt s'ajouter le chagrin profond causé par la mort d'un fils unique. Un instant cependant les soins empressés et affectueux de ses confrères avaient semblé remporter une victoire longtemps disputée.

» Des jours meilleurs semblaient revenir. Une récompense honorable et bien méritée ; la visite affectueuse et consolante de l'un de nos plus illustres maîtres; des sympathies venues de toutes parts, des plus humbles régions comme des plus élevées; toutes ces satisfactions paraissaient favoriser une convalescence que l'on pouvait croire définitive.

» Le malade avait pu goûter la triste joie réservée à ceux qui souffrent, celle de voir leur peine partagée, de compter leurs amis, de connaître la vraie mesure de leur mérite par l'estime qu'on leur témoigne. Cette joie devait être la dernière! Au moment où il renaissait à l'espérance, une mort inattendue est venu l'enlever.

» En sa personne, l'hôpital Saint-André perd le doyen de ses chirurgiens, le maître, l'ami et le modèle de la plupart de ceux qui sont venus après lui; le corps médical de Bordeaux un bon confrère et une de ses plus notables illustrations. »

Discours de M. Venot :

« Je ne puis ni ne dois laisser fermer ce sépulcre sans jeter un dernier regard, sans adresser une dernière parole à la dépouille mortelle qu'on y va descendre, car cette dépouille fut celle d'un ancien, d'un parfait camarade; car ces restes inanimés recélèrent une nature ardente et forte, dont depuis quarante ans il me fut donné de pouvoir mesurer toutes les aspirations, apprécier toutes les fraternelles tendances.

» Aussi, après les voix autorisées qui viennent de rendre un si éclatant hommage à la mémoire du praticien dont la perte est un deuil public, il sera permis à la plus vieille intimité de

Chaumet de faire entendre une rapide et douloureuse plainte qui, à coup sûr, trouvera de l'écho dans le cœur de ses nombreux amis.

» Lorsqu'on replie sa pensée sur l'événement inattendu qui nous rassemble en cette funèbre enceinte; quand on se représente Chaumet luttant avec toutes les resssources d'une organisation privilégiée contre les étreintes d'un mal horrible dont il triompha comme par miracle, pour venir après-coup subitement sombrer au milieu des joies d'une résurrection, on se sent malgré soi saisi par un instinctif murmure contre les arrêts de la destinée.

» Encore si le denoûment de cette vigoureuse existence se fût produit aux jours des poignantes tortures qu'elle endura; si le souffle vital se fût éteint dans ce cœur de père alors qu'il s'exhalait si prématurément de celui de son fils, notre affliction, sans rien perdre de son amertume, se fût peut-être amoindrie au navrant spectacle des causes d'un tel malheur.

» Mais c'est quand l'espoir, ce décevant mirage de l'avenir, calme les inquiétudes et dissipe toute crainte, — c'est lorsque le flambeau de la vie se rallume et renouvelle l'intelligence et les forces physiques du pauvre mutilé, c'est alors que la foudre le ravit à toutes les illusions d'un retour inespéré. — Que résoudre, hélas! et quel profond abîme de méditations une pareille fin ne soulève-t-elle pas dans nos âmes! Devant un tel enseignement, l'homme ne doit-il pas s'incliner et abaisser son orgueilleuse et fragile nature?

» Et toi, mon infortuné compagnon d'études, — toi que j'ai si assidûment suivi dans les phases diverses de ta vie professionnelle et privée, — toi dont j'ai, le premier, applaudi les victorieux efforts dans les luttes scientifiques qui t'ont si brillamment ouvert la carrière, — toi enfin, dont j'ai si souvent, ainsi que tous nos confrères, apprécié les nobles qualités du cœur, l'aménité du caractère, et récemment le stoïcisme du martyre en présence des anxieuses péripéties que le ciel te réserva, — Chaumet, mon vieil ami, que ces derniers accents arrivent jusqu'à toi. — C'est l'ultime adieu d'une affection qui prit son heur sur les bancs de l'école, et qui vient ajourd'hui

désolée, te porter, jusqu'au seuil de l'éternité, l'expression de sa vive et profonde douleur.

» Adieu ! »

C'est avec un grand plaisir que nous lisons à l'instant, dans la *Gazette médicale de Lyon* du 15 décembre, cette bonne nouvelle :

« La Commission générale de l'Association des Médecins du Rhône a pris dans la séance du 13 décembre une décision que nous portons avec empressement à la connaissance de nos lecteurs.

» Une proposition lui avait été soumise par un de ses membres dans les termes suivants : L'Association des Médecins du Rhône s'annexe à l'Association des Médecins de France en s'engageant à lui fournir la contribution du *dixième* demandé, sans modifier son Règlement actuel.

» Cette proposition a été adoptée à l'unanimité. »

Il ne reste plus, pour sanctionner ce vote, que l'adhésion de l'Assemblée générale, qui n'est pas douteuse pour le Rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*.

— Autre importante et excellente nouvelle :

« L'Association générale est dans un de ses jours de bonheur, dit M. A. Latour dans l'*Union médicale* du 20 décembre.

» Dans son Assemblée générale du 17 décembre dernier, l'*Association de prévoyance des Médecins de Toulouse,* à une grande majorité, a voté son annexion à l'Association générale. »

De si grands exemples ne peuvent qu'être suivis : pas une des Associations existantes ne voudra rester isolée.

L'*Association de prévoyance des Médecins de l'Isère* est en instance auprès du Ministère de l'Intérieur, et demande son annexion à l'Association générale.

— L'Académie médico chirurgicale de Ferrare vient de nommer membre correspondant notre honorable confrère M. de Larue, médecin de l'hôpital de Bergerac.



— M. le Dr Segay a été nommé chirurgien-adjoint des hospices de Bordeaux, après avoir satisfait aux épreuves imposées par le programme que nous avons fait connaître.

— Nous ne pouvons laisser passer sans un mot de mention un fait qui vient d'occuper à Paris tous les corps savants, tous les organes de la publicité médicale.

L'*hypnotisme*, ce fait si extraordinaire, si inexplicable jusqu'à présent, qui consiste à faire fixer par une personne un corps brillant tenu à quelques centimètres de ses yeux pour la faire tomber dans un état de catalepsie, et quelquefois même d'anesthésie plus ou moins complète, ce fait a été porté dans la capitale par un de nos jeunes confrères, le Dr Azam, professeur-suppléant à l'École de Médecine de Bordeaux.

Nous avons été témoins ici de quelques expériences qui nous avaient plongés dans un grand étonnement, et bien que nous engageassions notre collègue à publier ces faits, nous ne pouvions blâmer la réserve qui lui faisait craindre d'être accusé de mysticisme.

Mais il a trouvé à Paris un de ses anciens amis, M. le docteur Broca, qui ayant vu dans ce fait le côté de l'application chirurgicale, n'a pas hésité à prier M. Velpeau de porter cette question jusqu'à l'*Institut*. — Lui-même en a saisi la *Société de Chirurgie*. — L'Académie de Médecine, à son tour, s'en est occupée, et maintenant cet objet est à l'étude entre les mains d'habiles et judicieux expérimentateurs. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra à ce sujet. C.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PRÉSENT VOLUME.

U

V

RÉSUMÉ MÉTÉOROLOGIQUE

(de Novembre 1859).

Par M. A. BARBET.

DATES DU MOIS.	THERMOMÈTRE CENTIGRADE. Matin.	Midi.	Soir.	BAROMÈTRE. Matin.	Soir.	DIRECTION des vents.	ÉTAT DU CIEL.	OBSERVATIONS
				millimètr	millimètr			
1	11	18	13	755	76	S-O.	Pluie.	Pluie continuelle.
2	11	16	11	766	76	S-O.	Beau.	Pluie le matin.
3	10	16	12	763	763	S-E	Couv.	Menace de pluie.
4	12,5	17	11,5	760	760	Sud.	Beau.	Un peu de pl. m. et s.
5	13	17	13	760	761	S-O.	Beau.	Jol. jour., quel. nuag.
6	12	18,5	14	763	763	S-O.	Beau.	*Idem.*
7	12	16	14	767	760	Sud.	Beau.	*Idem*, pl. le soir.
8	15	16	11	762	766	S-O.	Couv.	Il a plu la nuit.
9	9,5	15	7	771	771	Nord.	Beau.	Tr.-bel. journ. fraîc.
10	2,5	10,5	5	773	774,5	N-E.	Beau.	*Idem*, gel. dans la cam.
11	2	9,5	5,5	774	773	Est.	Beau.	*Idem.*
12	1,5	8	5	771	766	N-E.	Beau.	*Idem.*
13	2,5	11,5	6	767	767	N-E.	Beau.	*Idem*, brouil. le soir.
14	3	12	4	767,5	767,5	Est	Beau.	*Idem*, brouil. m. et s.
15	1,5	7,5	2	768	768,5	Est.	Beau.	*Idem.*
16	0,5	4	3	768,5	769,5	Est.	Couv.	Ciel nuageux.
17	1	6	3	771	773	Est.	Beau.	Belle journée.
18	1	7	3	773	771	Est.	Beau.	*Idem.*
19	2	9	5	769	767	Est.	Beau.	*Idem.*
20	5	11	5	766	763	S-E.	Beau.	Ciel nuag., v. vif le s.
21	5	11	8	759	757	S-E.	Couv.	Un peu de pl. le soir.
22	11	15	10	759	760	S-E.	Couv.	Un peu pl. au mil. du j.
23	11	15	11	760	760	S-E.	Couv.	
24	10	16	9	762	763	S-E.	Couv.	
25	9	13,5	10	765	768	S-E.	Couv.	Il a plu le soir.
26	9	13,5	12	770	770	S-O.	Couv.	*Idem.*
27	11	13	11	770	770	Ouest	Pluie.	Il a plu la nuit.
28	13	14	10	769	767	Ouest	Pluie.	Pluie constante.
29	9,5	12	10	769	769	Ouest	Pluie.	Très-vilaine journ.
30	8,5	10	8	765	754,5	Ouest	Pluie.	Pl. tor., v. viol., our.

Résumé des observations météorologiques de Novembre 1859

THERMOMÈTRE. — TEMPÉRATURE DES TROIS PÉRIODES DU JOUR.

	MATIN.	MIDI.	SOIR.
Plus gr. deg. de chal..	13° les 5 et 28.	18°5 le 6.	14° les 6 et 7.
Moindre............	1°5 le 15.	4° le 16.	2° le 15.
Moyen..	8°5 le 30.	13° le 27.	9° le 24.

Chaleur du milieu du jour : 22 jours de 10°5 à 18°5 ; 8 jours de 10° à 4°.

BAROMÈTRE.

Maximum.................. 773 mill. les 17 et 18.
Minimum.................. 754,5 mill. le 30.
Medium.................. 765 mill. le 25.
VARIATIONS BAROMÉTRIQUES. Nombreuses et graduelles. Une seule brusque de 9 mill. dans la journée du 30.

DIRECTION DES VENTS... Le vent a soufflé du nord....... 1 fois.

nord-ouest..	»	»
ouest......	4	»
sud-ouest.. .	6	»
sud-est.	7	»
sud..........	2	»
nord-est......	3	»
est...........	7	»

VENTS DOMINANTS : Est Sud-Est.

ÉTAT DU CIEL. — Jours beaux........ 16.
couverts...... 9.
pluie......... 5.
orage......... »

CONSTITUTION ATMOSPHÉRIQUE.

Le mois de novembre a été moins pluvieux que le précédent; on y compte de nombreuses belles journées; néanmoins, dans les premiers jours, les rivières de Lille et de la Dordogne, grossies par les dernières pluies d'octobre, ont débordé et ont occasionné de fortes inondations. Des pluies abondantes ont reparu à la fin du mois; celle du 30, qui a été torrentielle, a été accompagnée d'un violent ouragan par le vent d'ouest. La température du milieu du jour a été généralement modérée. Vers le milieu du mois, sous l'influence du vent de nord-est, la température s'est refroidie et a produit quelques gelées. En ville il n'a gelé que dans la nuit du 15. La colonne barométrique s'est constamment maintenue au-dessus de la hauteur moyenne; seulement l'ouragan violent du 30 l'a fait descendre à 754 millimètres.

Bordeaux. Imp. G. GOUNOUILHOU, Sucr de H. FAYE, place Puy-Paulin, 1.